M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

789 East Eisenhower Parkway
PO Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
toll free: 1-800-521-0600
fax: (734) 997-4247
web: www.micromedia.ca

2005-2006
Rapport annuel de gestion

Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

Québec

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

NOTE
Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique
et désigne aussi bien les femmes que les hommes

COORDINATION
René Bouchard, agent d'information

PRODUCTION DES TEXTES, CONCEPTION, RÉALISATION
René Bouchard, agent d'information
en collaboration avec toutes les directions de l'Agence

MISE EN PAGE
René Bouchard, agent d'information
Line Le Guédard, secrétaire de direction

RÉVISION DE TEXTE
Line Le Guédard, secrétaire de direction
Angélie Dugas, secrétaire

PAGE COUVERTURE
Max Infographie, Gaspé

IMPRESSION
Imprimerie Centre-Ville

ISBN 10 : 2-923129-32-6
ISBN 13 : 978-2923129-32-7
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada, 2006

Rapport annuel de gestion

2005–2006

Septembre 2006

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Québec

Table des matières

Mot du président-directeur général et du président du conseil d'administration 1

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le
Rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 3

Section 1 - L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 5

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine 7

La mission 7
L'organisation interne 8
Le territoire 9
Le réseau d'établissement 10
Les ressources humaines 11
Les ressources financières 11

Le conseil d'administration 12

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de
l'Agence de la santé et des services sociaux 13
La Commission médicale régionale 14
La Commission infirmière régionale (CIR) 15
La Commission multidisciplinaire régionale(CMUR) 16
Le Forum de la population 17

Section 2 - Les activités de l'Agence 19

Entente de gestion et d'imputabilité 21
Les organismes communautaires 27
Le comité sur l'accessibilité des services en langue anglaise 33
Les ressources humaines 34
Les ressources matérielles et financières 38
La qualité des services 42

Section 3 - Les programmes-clientèles 45

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 49
Déficience physique 55
Dépendances 60
Jeunes en difficulté 63

Perte d'autonomie liée au vieillissement 67
Santé mentale 71
Santé physique 75
Santé publique 85

Section 4 - Les états financiers condensés 121

Rapport de la direction 123
Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 124

Annexe 1 - Programme de soutien aux organismes communautaires
Répartition de l'enveloppe budgétaire 2005-2006 145

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'année 2005-2006 en a été une de transition qui permettra à l'organisation et au réseau régional d'évoluer dans un contexte modifié et en fonction d'approches différentes et de nouvelles façons de faire. L'adoption du projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le gouvernement en novembre 2005 est venue préciser des éléments reliés à la gouverne entre les différents niveaux de gestion du réseau, plus particulièrement entre les agences de la santé et des services sociaux et les établissements qui composent le réseau de la santé et des services sociaux.

La création des réseaux universitaires intégrés de santé, l'ajout de tables de consultation au niveau régional portant sur les services pharmaceutiques et la médecine spécialisée, les modifications au régime d'examen des plaintes, la certification des résidences privées d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie et l'informatisation et la circulation de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux sont autant d'éléments clés sur lesquels l'organisation a commencé à travailler ou devra se pencher au cours des prochains mois.

De plus, à la suite de l'adoption de ce projet de loi, l'on a assisté au renouvellement de la composition du conseil d'administration qui avait été créé dans la foulée du projet de loi 25 pour procéder à la création de réseaux locaux de services dont l'objectif était de mettre en place dans chacun des territoires, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrée visant à assurer à la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés, de qualité et sans rupture.

À l'interne de l'Agence, pour répondre aux impératifs modernes du réseau de la santé et des services sociaux, un nouveau plan d'organisation a été adopté par le conseil d'administration. Une nouvelle structure de coordination a été implantée et de nouvelles directions ont été créées dont la Direction régionale des affaires médicales et de santé physique et la Direction du soutien au réseau qui comprend tous les éléments reliés à la reddition de comptes, la budgétisation du réseau, l'informatisation, les immobilisations et les ressources humaines « réseau ».

Outre le plan d'organisation, parmi les dossiers qui ont retenu l'attention de l'organisation et du conseil d'administration au cours de la dernière année, mentionnons :

- l'adoption du *Plan régional en traumatologie et cibles d'action 2005-2008;*
- l'adoption du *Plan d'action régional aux personnes âgées 2005-2010;*
- l'adoption du P*lan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;*
- l'entente de gestion 2005-2006 pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;
- les travaux entourant la réalisation du *Plan régional de lutte à une pandémie influenza;*
- la situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine;
- le déploiement du site Internet de l'Agence.

L'année a également été marquée par la concrétisation de dossiers importants tels que l'implantation dans la région d'une unité mobile d'imagerie par résonance magnétique, d'un tomodensitomètre aux centres de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie et des Îles, l'inauguration de l'unité La Balise du Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles à Bonaventure, l'implantation d'une unité de médecine familiale à Maria, les investissements annoncés pour des équipements de haute technologie médicale de même que la réalisation de travaux au Centre d'hébergement Mgr-Ross à Gaspé.

Tout le travail réalisé cette année aurait été impossible sans la contribution des élus, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des membres du conseil d'administration de l'Agence, des administrateurs et des gestionnaires des établissements, du personnel de l'Agence de même que de tous ceux et celles qui offrent des services directs à la population et qui contribuent chacun à leur façon à améliorer les services sur notre territoire.

Le président-directeur général,

Pierre Michaud

Le président du conseil d'administration,

Jean-Marie Le Brasseur

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent Rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent Rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

Le président-directeur général,

Pierre Michaud

SECTION 1

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE

La mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

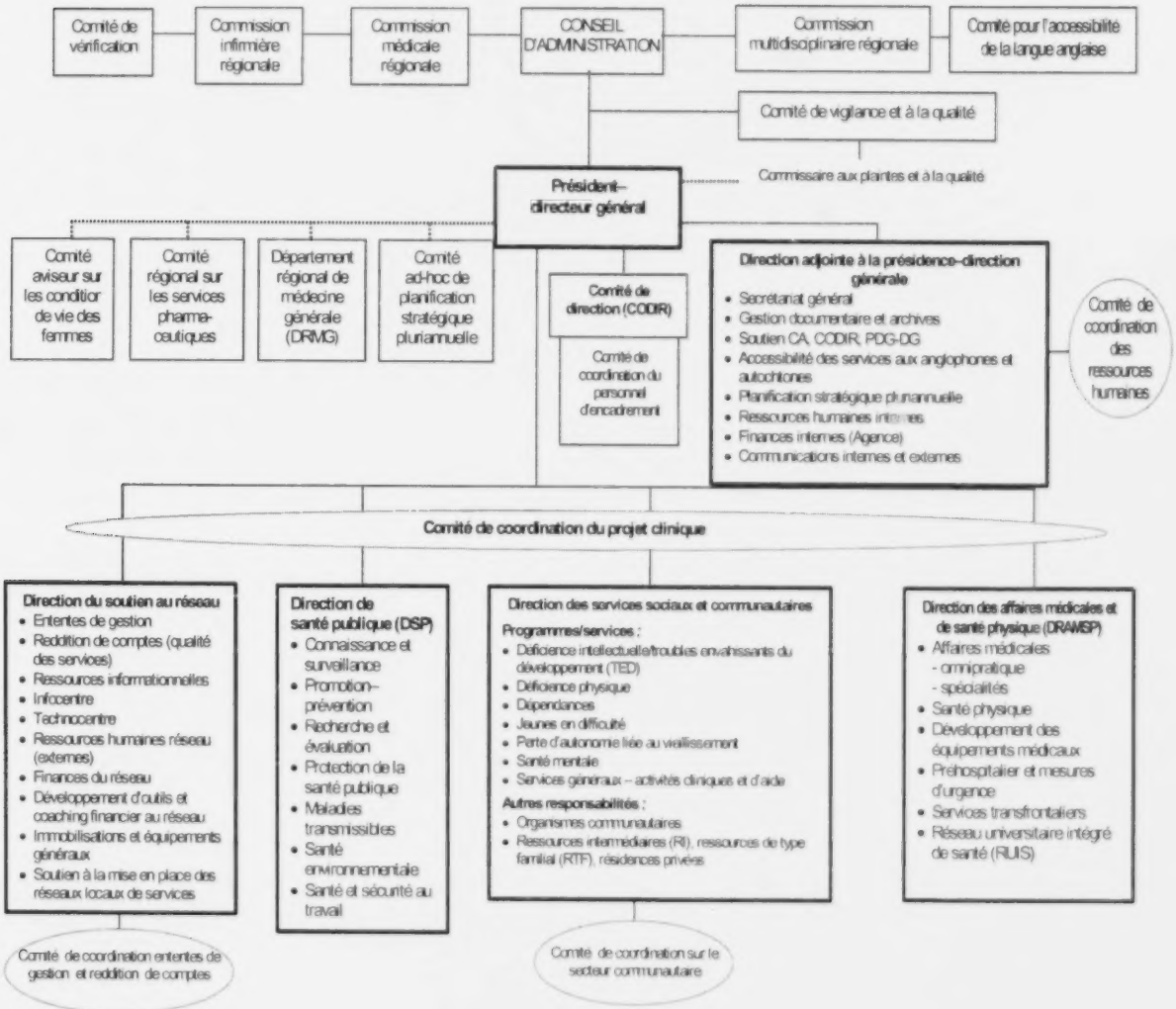
À cette fin, l'Agence a, entre autres, pour objet :

- d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
- de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- d'élaborer le plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi;
- d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus.

De plus, une agence exerce ses responsabilités en prenant en considération les propositions d'un réseau universitaire intégré de santé.

L'organisation interne

L'année 2005-2006 a été marquée par l'adoption d'un nouveau plan d'organisation. Réalisé à partir d'une importante consultation interne, le plan présente les valeurs et les principes devant guider l'organisation, les mandats confiés à chacune des directions de l'Agence de même que la nouvelle structure de consultation et de décision. L'adoption du plan d'organisation a entraîné pour certains dossiers et programmes, un mouvement de personnel à l'interne. Le nouveau plan d'organisation fera l'objet d'un bilan annuel et sera revu après trois ans. Compte tenu de l'adoption du projet de loi 83 en novembre dernier, quelques ajustements seront apportés au plan d'organisation au cours de la prochaine année, notamment, en ce qui concerne le poste de commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui relèvera du conseil d'administration ainsi que du rattachement de la table régionale des chefs de département au PDG plutôt qu'au conseil d'administration en remplacement de la commission médicale régionale. Le Forum de la population sera également ajouté à l'organigramme.

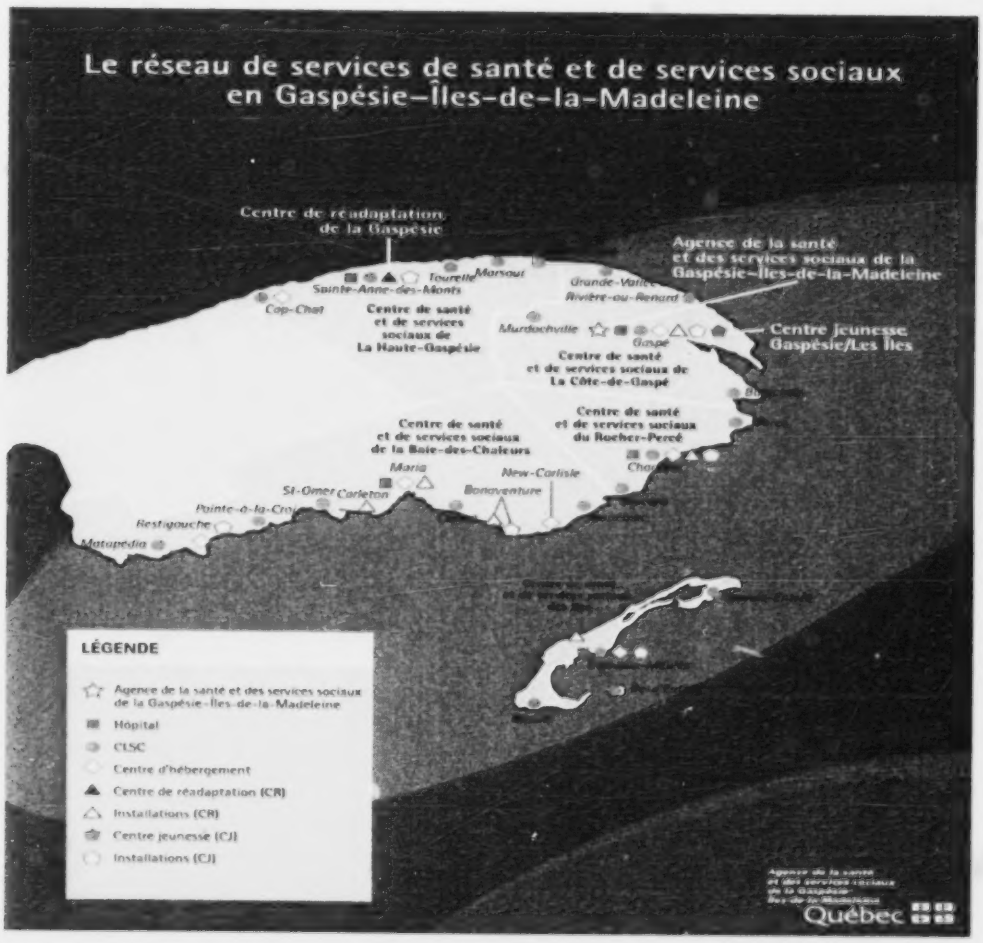


Le territoire

La région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est caractérisée par une péninsule et un archipel. Son vaste territoire s'étend sur une superficie de 20 500 km^2.

Selon le dernier recensement effectué par Statistique Canada en 2001, la population régionale s'élève à 96 924 habitants, une diminution de 7,8 % comparativement à 1996. Si la tendance actuelle se maintient, la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sera de 80 621 en 2026. De plus, actuellement, près de 18 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et ce pourcentage pourrait atteindre 36 % en 2026. La population régionale qui représente 1,3 % de celle du Québec, est répartie dans 43 municipalités et 2 réserves indiennes majoritairement situées en bordure des côtes. La région compte six MRC, à savoir, la MRC de La Haute-Gaspésie, la MRC de La Côte-de-Gaspé, la MRC de Bonaventure, la MRC du Rocher-Percé, la MRC d'Avignon et la MRC des Îles. Environ 9 % de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est d'expression anglaise.

En termes d'organisation des services, la région compte cinq territoires de réseaux locaux situés sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie.



Le territoire

La région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est caractérisée par une péninsule et un archipel. Son vaste territoire s'étend sur une superficie de 20 500 km².

Selon le dernier recensement effectué par Statistique Canada en 2001, la population régionale s'élève à 96 924 habitants, une diminution de 7,8 % comparativement à 1996. Si la tendance actuelle se maintient, la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sera de 80 621 en 2026. De plus, actuellement, près de 18 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et ce pourcentage pourrait atteindre 36 % en 2026. La population régionale qui représente 1,3 % de celle du Québec, est répartie dans 43 municipalités et 2 réserves indiennes majoritairement situées en bordure des côtes. La région compte six MRC, à savoir, la MRC de La Haute-Gaspésie, la MRC de La Côte-de-Gaspé, la MRC de Bonaventure, la MRC du Rocher-Percé, la MRC d'Avignon et la MRC des Îles. Environ 9 % de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est d'expression anglaise.

En termes d'organisation des services, la région compte cinq territoires de réseaux locaux situés sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie.

Le réseau d'établissement

La région compte sept établissements de santé et de services sociaux dont cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS), le Centre de réadaptation de la Gaspésie et le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles. Ces derniers offrent des services à la population en fonction de leurs différentes missions à l'intérieur de 52 installations réparties sur le territoire.

ÉTABLISSEMENTS, MISSIONS EXPLOITÉES ET INSTALLATIONS

Établissements	Missions exploitées					Installations
	CH	CLSC	CHSLD	CR	CJ	
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	✓	✓	✓			8
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	✓	✓	✓			7
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	✓	✓	✓	✓		8
Centre de santé et de services sociaux des Îles	✓	✓	✓	✓		7
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	✓	✓	✓			5
Centre de réadaptation de la Gaspésie				✓		7
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles				✓	✓	10
Total	**5**	**5**	**5**	**4**	**1**	**52**

Les ressources humaines

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 72 employés (71,2 personnes équivalent temps complet). Le personnel comprend 12 cadres, 57 employés réguliers et 3 employés occasionnels. Sur le total des effectifs, 67 sont titulaires d'un poste à temps complet et 2 sont titulaires d'un poste à temps partiel.

EFFECTIFS DE L'AGENCE
AU 31 MARS 2006

Statut	Cadres		Employés réguliers		Occasionnels		Total	
	Pers.	ETC	Pers.	ETC	Pers.	ETC	Pers.	ETC
Temps plein	12	12	55	55	3	3	70	70
Temps partiel			2	1,2			2	1,2
Total 2006	**12**	**12**	**57**	**56,2**	**3**	**3**	**72**	**71,2**
Total 2005	**11**	**11**	**55**	**53,8**	**2**	**2**	**68**	**66,8**

Les ressources financières

Le budget d'exploitation des activités principales de l'Agence totalise 5 173 307 $ pour l'exercice 2005-2006.

L'écart du budget à la baisse de 0,8 % avec l'an dernier s'explique par la récurrence de la compression du ministère de la Santé et des Services sociaux qui était de 184 800 $ additionnel en 2005-2006.

De plus, l'Agence administre des fonds affectés pour un montant de 35,6 millions de dollars. L'écart à la hausse de 45,5 % avec l'an dernier s'explique par une augmentation du financement du MSSS dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements.

	2005-2006	2004-2005	Écart
Budget	5 173 307 $	5 216 739 $	- 0,8 %
Fonds affectés	35 588 420 $	24 467 055 $	45,5 %

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'adoption du projet de loi 83, en novembre 2005, a fait en sorte de mettre un terme au mandat des membres du conseil d'administration qui avaient été nommés dans le cadre de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Les dix premiers administrateurs nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux à partir de listes de noms fournies par le milieu régional, sont entrés en fonction le 30 janvier 2006. Trois membres cooptés ont ensuite été nommés pour assurer une meilleure représentativité de la population de la région.

Le mandat de ces personnes sera d'une durée de deux ou de trois ans, selon le cas. De plus, un représentant de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et un représentant du département régional de médecine générale seront nommés ultérieurement. Soulignons enfin qu'un siège au conseil d'administration est réservé d'office à la personne occupant la présidence-direction générale de l'Agence.

Au cours de la dernière année, six séances régulières du conseil d'administration ont eu lieu.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2006

Nom	Secteur
M. Louis-Marie Rivard	Avignon
M. Francis Picarou (Commission infirmière régionale)	Avignon
Mme Cynthia Dow	Bonaventure
M. Jean-Marie Le Brasseur (président)	Bonaventure
M. Gilles Cormier	Bonaventure
Mme Ann Cléments	Côte-de-Gaspé
Mme Rachel Roy	Côte-de-Gaspé
M. France-Laurent Forest (Commission médicale régionale)	Côte-de-Gaspé
M. Daniel Dion	Haute-Gaspésie
Mme Patricia Assels	Haute-Gaspésie
Mme Sandra Cummings (vice-présidente)	Îles-de-la-Madeleine
M. Marc-Édouard Nadeau	Îles-de-la-Madeleine
Mme Suzanne Bourget	Rocher-Percé
M. Bruno Leblanc (Commission multidisciplinaire)	Rocher-Percé
M. Pierre Michaud (président-directeur général)	

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel règlement a pour objet (article 1) :

> *« ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »*

Il est attendu :

- que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;
- que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;
- que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;
- les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- la mission et les valeurs organisationnelles de l'Agence.

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- centrer leurs décisions et leurs actions sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales;

- respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de l'Agence ainsi que ceux prévus à la loi et au règlement susmentionnés. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Ils doivent en outre :

- agir avec objectivité;
- agir avec honnêteté et intégrité;
- agir avec discrétion et retenue;
- agir sans partisannerie politique;
- agir avec loyauté;
- agir avec respect et dignité;
- éviter tout conflit d'intérêts.

En 2005-2006, aucune action n'a été prise contre un membre du conseil d'administration à la suite d'un manquement au code d'éthique définissant les règles de conduite à adopter dans l'accomplissement de la fonction d'administrateur de l'Agence.

L'Agence a également mis sur pied un comité conseil sur l'éthique et la déontologie composé de membres du conseil d'administration, à savoir : Mme Rachel Roy, et MM. Bruno Leblanc et Gilles Cormier.

La Commission médicale régionale

Les membres de la Commission médicale régionale n'ont pas siégé en 2005-2006 pour une troisième année consécutive. Cette entité a été abolie lors de l'adoption du projet de loi 83. Cependant, son représentant a continué de siéger au conseil d'administration de l'Agence et il le fera tant que les instances prévues pour le remplacer ne seront pas fonctionnelles.

Essentiellement, il s'agit du Département régional de médecine générale (DRMG) qui existe déjà et de la Table régionale des médecins spécialistes (DRMS) qui est en formation; celles-ci auront chacune un représentant au conseil d'administration de l'Agence.

MEMBRES DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE AU 31 MARS 2006

	Nom	Spécialité	Territoire
MEMBRES ÉLUS	Dr Bernard-Étienne Duguay, vice-président	Radiologie	Baie-des-Chaleurs
	Dr France-Laurent Forest	Médecine familiale	Côte-de-Gaspé
	Dre Évelyne DesAulniers	Médecine familiale	Côte-de-Gaspé
MEMBRES NOMMÉS	Dr Pierre Jacques	Dermatologie	Côte-de-Gaspé
	Dr Réjean Lemieux	Psychiatrie	Haute-Gaspésie
	Dr David Hehlen	Médecine familiale	Îles-de-la-Madeleine
MEMBRES D'OFFICE	Dr Christian Bernier	Directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux GÎM	
	M. Pierre Michaud	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux GÎM	

Note : Le PDG ou le médecin qu'il désigne siège d'office aux deux instances (DRMG et DRMS; dans le cas du DRMS, il s'agit obligatoirement d'un médecin spécialiste).

La Commission infirmière régionale (CIR)

Les membres de la Commission infirmière régionale se sont réunis à deux reprises au cours de la dernière année; elle a donné, entre autres, un avis sur le plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive. L'adoption du projet de loi 83 a modifié sa composition et le processus électoral a été repris en fonction de ces nouvelles balises.

Les membres actuels demeurent donc en poste jusqu'à la désignation des nouveaux membres.

La Commission infirmière régionale est composée des membres suivants :

MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE		
Nom	**Secteur d'activité**	**Territoire**
Mme Marie-Hélène Bourdages	Infirmière oeuvrant en CHSLD	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Michèle Albert	Infirmière oeuvrant en CH	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
M. Francis Picarou (vice-président)	Infirmier gestionnaire de soins en CLSC	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Yolande Chouinard	Infirmière oeuvrant en CLSC	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Céline Coulombe-Gasse	Infirmière oeuvrant en CLSC	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Mme Pierrette Dubé-Garnier	Infirmière enseignante au Collège de la Gaspésie et des Îles	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Mme Johanne Cantin	Infirmière gestionnaire de soins en CH	CSSS des Îles
Mme Anne-Marie Bénard	Infirmière auxiliaire en CH	CSSS des Îles
Mme Sonia Pitre (présidente et membre cooptée)	Infirmière oeuvrant en CH	CSSS du Rocher-Percé
M. Pierre Michaud	Président-directeur général	Agence de la santé et des services sociaux
Mme Martine Blais	Infirmière, agente de planification et programmation	Agence de la santé et des services sociaux GÎM

Note : Le PDG ou la personne qu'il désigne siège d'office à la Commission infirmière.

La Commission multidisciplinaire régionale(CMUR)

Les membres de la Commission multidisciplinaire ont été mis à contribution dans le cadre des travaux portant sur le plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive et ont formulé un avis à l'Agence. Ils ont, également, été informés de la démarche de révision du plan d'organisation de l'Agence et ont été appelés à désigner un nouveau représentant au sein du conseil d'administration de l'organisation suite au départ de leur représentant.

De plus, en lien avec l'entrée en vigueur de l'adoption du projet de loi 83, l'Agence a amorcé le processus de renouvellement des membres de la commission. Ceux-ci demeurent toutefois en poste jusqu'à la désignation des nouveaux membres.

MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMUR)		
Nom	**Secteur d'activité**	**Établissement**
Mme Lise Bernatchez	Gestionnaire du domaine social	CJ Gaspésie/Les Îles
Mme Mary Delaney	Professionnelle domaine réadaptation	CSSS des Îles
Mme Danielle Leblanc	Éducatrice domaine technique	CR de la Gaspésie
Mme Jacinthe Poirier (présidente)	Professionnelle domaine social	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Diane Lebouthillier (vice-présidente)	Professionnelle domaine social	CSSS du Rocher-Percé
Mme Myriam Ouellon	Professionnelle domaine réadaptation	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
M. Bruno Leblanc	Technicien domaine social	CSSS du Rocher-Percé
M. Marc Lemieux	Technicien domaine santé	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Poste vacant	Gestionnaire domaine réadaptation	
Poste vacant	Domaine de l'éducation	
M. Pierre Michaud	PDG	Agence de la santé et des services sociaux GÎM
Mme Angéline Godin	Directrice des services sociaux et communautaires	Agence de la santé et des services sociaux GÎM

Note : Le PDG ou la personne qu'il désigne siège d'office à la Commission.

Le Forum de la population

Compte tenu de la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Forum de la population ne s'est pas réuni au cours de la dernière année. Cependant, cette instance sera relancée en 2006-2007 et de nouveaux membres seront nommés. Le Forum de la population a pour mandat :

- d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;

- formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

SECTION 2

LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2005-2006

Le ministre de la Santé et des Services sociaux introduit depuis quelques années une nouvelle approche dans la gestion des services de santé et des services sociaux. Cette approche, conformément aux orientations québécoises récentes en la matière, est axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité de l'administration publique face à ceux-ci.

Dans cet esprit, l'entente de gestion et d'imputabilité précise les attentes du Ministre à l'égard du réseau de la santé et des services sociaux pour l'année 2005-2006, les engagements qu'il prend afin de soutenir l'Agence, comme par exemple au regard du financement et ressources humaines, de même que les engagements de l'Agence pour y répondre.

Le Ministre exige de l'Agence qu'elle s'assure du maintien, à moins de conditions précisées dans l'entente, du volume de services non visé par des attentes spécifiques. Il exige, de plus, que l'Agence lui justifie toute baisse de l'offre de service qui ne serait pas prévue dans l'entente de gestion et d'imputabilité.

Ainsi, pour l'année 2005-2006, l'Agence a pris en compte la priorité ministérielle dans les travaux régionaux qui adressait, particulièrement, les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, dans l'offre de service, l'Agence et les établissements devaient considérer la réalité du vieillissement de la population de la région. Pour en mesurer l'impact, des indicateurs ont été établis non seulement dans le programme « Perte d'autonomie liée au vieillissement » mais aussi en « Santé physique » où l'on retrouvait notamment le temps d'attente des personnes de 75 ans et plus dans les urgences de nos centres hospitaliers. Comme par les années antérieures, la diminution des délais d'attente dans les urgences, la résorption des listes d'attente en chirurgie, les interventions spécifiques auprès des personnes vulnérables, les services en soutien à domicile et en hébergement ont fait l'objet de suivis spécifiques. L'Agence a poursuivi le travail amorcé pour s'assurer avec les partenaires de la fiabilité des données transmises.

Comme en témoignent les pages qui suivent, le niveau de services de la région a été majoritairement maintenu et parfois rehaussé comme l'exige le cadre de l'entente. Il faut cependant mentionner que cette réalité sera examinée de près avec les établissements au cours de l'année 2006-2007, car la situation financière régionale demeure précaire et pour atteindre l'équilibre budgétaire, il faudra faire un exercice d'analyse de l'offre de service.

Les établissements ont signé, en 2005-2006 leur première entente de gestion. Bien que cet exercice ait été fait après la signature de l'entente de l'Agence avec le MSSS, tous les établissements ont été rencontrés, les cibles fixées ont été discutées et les suivis assurés tout au cours de l'année.

Engagements des ententes de gestion 2005-2006

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Code	Bilan période 13	Situation régionale	Engagement déboursé	Résultat Agence	Évaluation mécanique	Évaluation Agence	Commentaires
1.1	**SANTÉ PUBLIQUE**						
1.1.1	% de femmes > 20 ans, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année, rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet extrême pauvreté	60	60	62,69	◆	↗	
1.1.2	Nombre de fumeurs qui ont reçu des CAT	57	57	115	◆	↗	
1.1.3	Taux de participation au PQDCS	46,9	46,9	56,7	◆	↗	
1.1.4	Taux de détection du cancer du sein initial	6	5,7	5,4	◆	↗	
	subséq	3,5	3,5	4,9	◆	↗	
1.1.5	Taux de référence pour investigation initial	12	12	13,2	◆	↗	
	subséq	8	8	8,1	◆	↗	
1.1.6	Tests de dépistage des ITSS réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	164	164	292	◆	↗	
1.1.7	Tests de dépistage des ITSS réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP			N/D			Ces données seront disponibles en 2006-2007 via le système I-CLSC.
1.1.8	Vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP.	929	929	1462	◆	↗	
1.1.9	Vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP			N/D			Ces données seront disponibles en 2006-2007 via le système I-CLSC.
1.2	**SERVICES GÉNÉRAUX**						
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CLSC	2169	2767	2344	◆	↗	Ces données ne tenaient pas compte du c.a. 6564. En prenant les données pour 2006-2007 nous avons atteint 2 841 personnes. Nous considérons donc nos objectifs atteints.
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CLSC	3,36	3,8	3,68	◆		
1.3	**PERTE D'AUTONOMIE**						
1.3.1	Nombre de personnes en PA recevant des services de SAD dispensés par les CLSC	3408	3313	3169	◆	→	

Engagements des ententes de gestion 2005-2006

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Code	Bilan période 13	Situation régionale	Engagement déboursé	Résultat Agence	Évaluation mécanique	Évaluation Agence	Commentaires
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en SAD reçues par les personnes en PA	27,4	25,85	29,26			
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jours/présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,12	3,2	N/D			
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jours/présence en services professionnels dans les CHSLD	0,17	0,2	N/D			
1.4	**DÉFICIENCE PHYSIQUE**						
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de SAD par les CSSS (mission CLSC)	1511	1372	1282			
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en SAD dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	15,68	17,31	18,87			
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une dépendance physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	202	179	166			Lors de la réception du bilan, les données GESTRED étaient incomplètes.
1.4.4	Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	435	529	490			
1.4.5	Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	251	233	244			
1.4.6	Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	248	297	311			
1.4.7	Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	107	107	105			
1.5	**DÉFICIENCE INTELLECTUELLE & TED**						
1.5.1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de SAD par les CLSC	179	179	198			
1.5.2	Nombre moyen d'interventions en SAD dispensées par les CLSC, par usager (DI)	12,35	12,35	10,19			
1.5.3	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	90	90	96			Lors de la réception du bilan, les données GESTRED étaient incomplètes.

Engagements des ententes de gestion 2005-2006

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Code	Bilan période 13	Situation régionale	Engagement déboursé	Résultat Agence	Évaluation mécanique	Évaluation Agence	Commentaires
1.5.4	Nombre de personnes ayant un TED recevant des services de SAD par les CLSC	33	33	40			
1.5.5	Nombre moyen d'interventions en SAD dispensées par les CLSC, par usager (TED)	3,39	4,7	2,23		→	Lors de la réception du bilan, les données GESTRED étaient incomplètes.
1.5.6	Nombre d'usagers ayant un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	39	39	37			
1.5.7	Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	7	7	6			Aucun enfant n'est en attente de services.
1.5.8	Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	20	20	14,78		→	
1.5.9	Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	5	5	24			
1.5.10	Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	0	0	20			
1.6	**JEUNES EN DIFFICULTÉ**						
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CLSC	2229	2229	2389			
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CLSC	6,4	6,4	6,23			
1.6.3	% de femmes < 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet jeunes parents	82,93	84	70,73			
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	12,38	7,48	6,23			
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	15,4	10	10,22			
1.6.6	Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	1	2	0			

Engagements des ententes de gestion 2005-2006

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Code	Bilan période 13	Situation régionale	Engagement déboursé	Résultat Agence	Évaluation mécanique	Évaluation Agence	Commentaires
1.7	**DÉPENDANCES**						
1.7.1	Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	7	19	87	+	↗	Lors de la réception du bilan, les données GESTRED étaient incomplètes.
1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	36	44	41	+	→	Lors de la réception du bilan, les données GESTRED étaient incomplètes.
1.8	**SANTÉ MENTALE**						
1.8.1	Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services en CLSC	38	38	78	+	↗	
1.8.2	Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services en CLSC	976	976	1208	+	↗	
1.8.5	Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	91	91	147,54	+	↗	
1.8.6	Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	18	18	N/D	+		Les services de suivi intensif ne s'appliquent pas dans notre région.
1.9	**SANTÉ PHYSIQUE**						
1.9.1	Séjour moyen sur civière	11	10,1	12,34	-	→	
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	10,7	10,7	15,01	-	↘	
1.9.3	% de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,5	0,5	3,60	-	↘	
1.9.4	% de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,09	0,8	6,10	-	↘	
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	408	424	464	+	→	
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	12,06	14,7	14,27	+	→	
1.9.7	Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement						
1.9.8	% de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	Catég. A 0					
		Catég. B 0					

Engagements des ententes de gestion 2005-2006

11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Code	Bilan pério[illegible]13	Situation régionale	Engagement déboursé	Résultat Agence	Évaluation mécanique	Évaluation Agence	Commentaires
1.9.9	% de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque — Categ. A	0					
	Catég. B	0					
1.9.10	% de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie — Categ. A	0					
	Catég. B	0					
1.9.11	Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	39	43	57			Nous ne pouvons émettre d'opinion sur l'atteinte au non des cibles, puisque les données ne sont pas comparables. Les données sur les résultats proviennent de FILAW.
1.9.12	Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	40	49	89			
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	443	472	511			
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	2209	2227	2937			
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1687	1712	2020			
2.1	**ADMINISTRATION & SOUTIEN**						
2.1.1	Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	25,51	25,5				
2.2	**GESTION BÂTIMENTS & ÉQUIPEMENTS**						
2.2.1	Consommation en giga joules par mètre carré	2,07	2,07	1,08			Les données GESTRED sont encore incomplètes.
3	**RESSOURCES HUMAINES**						
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,09	8,09				

Objectif atteint

Objectif partiellement atteint

Objectif non atteint

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2005-2006, l'Agence de la santé et des services sociaux reconnaissait officiellement 106 organismes communautaires parmi lesquels 101 organismes recevaient un financement dans le cadre des différents programmes disponibles de soutien financier. Parmi les organismes reconnus, 31 organismes sont rattachés à plus d'un programme-service, portant à 137 le nombre de dossiers actifs. Au terme de l'année financière 2005-2006, deux organismes ont cessé de façon définitive leurs activités pour un total de 104 organismes reconnus par l'Agence.

Pour sa part, le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) a alloué une subvention à la mission globale à 84 organismes communautaires, dont 23 organismes sont présents dans plus d'un programme-service. Dans les organismes recevant un financement à la mission globale[1], sept organismes ont reçu également un financement dans le cadre d'une entente de service. De plus, trois organismes dont les activités découlent d'une loi en vigueur au Québec et quatre organismes qui reçoivent un financement à la mission globale d'un autre ministère d'attache mais reconnu par l'Agence pour des activités spécifiques dans le champ de la santé et des services sociaux, ont reçu un soutien financier dans le cadre d'ententes de service.

Dans les autres programmes disponibles, 19 organismes communautaires ont reçu un financement dédié à des activités spécifiques dans l'un ou l'autre des secteurs suivants : travail de milieu, aide à l'action concertée, réadaptation en toxicomanie et sécurité alimentaire. En 2006-2007, certains de ces programmes pourraient être intégrés au PSOC, soit dans la modalité de la mission globale, soit dans la modalité de l'entente de service.

Les organismes communautaires offrent des services à différentes clientèles :

- aux personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances;
- aux familles;
- aux personnes handicapées;
- aux personnes âgées;
- aux personnes démunies;
- aux femmes;
- aux hommes en difficulté;
- aux jeunes.

[1] Financement à la mission globale : sommes versées à un organisme pour lui permettre de se doter de l'organisation minimale nécessaire à la réalisation de ses objectifs (administration, secrétariat, organisation des services, activités éducatives, etc.).

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES NOMBRE DE DOSSIERS ACTIFS DANS LES DIFFÉRENTS SECTEURS	
PROGRAMMES	**NOMBRE DE DOSSIERS ACTIFS EN 2005-2006**
Santé mentale	11
Perte d'autonomie liée au vieillissement	11
Déficience intellectuelle et TED	12
Déficience physique	13
Dépendances	16
Jeunes en difficulté	28
Santé physique	3
Santé publique	17
Services généraux	26
Total	**137**

Consolidation financière

Dans la dernière année 2005-2006, on observe une augmentation significative du financement général accordé aux organismes communautaires de l'ordre de 622 984 $, passant d'un total de 8 649 402 $ au cours de l'année 2004-2005 à un total de 9 272 386 $. Le financement à la mission globale représente 7 992 525 $, le financement des ententes spécifiques représente 1 084 338 $ et le financement ponctuel s'élève à 195 523 $. Le financement[2] provenant du Programme d'aide à l'action concertée, du Programme de prévention en toxicomanie, du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement ainsi que le financement pour des organismes communautaires rattachés à un autre ministère pour la mission globale, se retrouvent dans la catégorie des ententes spécifiques.

Au 31 mars 2006, le Programme de soutien aux organismes communautaires intégrait une part du développement budgétaire accordé en 2005-2006 et clôturait l'année financière avec un montant consolidé de 8 353 704 $.

[2] Après transfert des crédits alloués par les programmes-services, le PSOC se retrouvait au 31 mars 2005 avec un budget consolidé de 7 888 261 $.

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR PROGRAMME-SERVICE			
PROGRAMMES-SERVICES	**SUBVENTIONS ($)**		
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
Santé mentale	254 081	48 213	50 000
Perte d'autonomie liée au vieillissement	172 000	279 860	210 286
Déficience intellectuelle et TED	55 738	44 015	14 300
Déficience physique	55 000	26 473	3 000
Dépendances	365 338	300 820	409 418
Jeunes en difficulté	---	25 690	25 590
Santé physique	15 000	13 272	5 000
Santé publique	451 367	172 648	177 253
Services généraux	178 900	322 958	198 226
Sous-total	**1 547 424**	**1 233 949**	**1 093 073**
Soutien aux organismes communautaires (PSOC)	7 015 232	7 415 453*	8 179 313
Total	**8 562 656**	**8 649 402**	**9 272 386**

Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

En 2005-2006, l'Agence a reçu 93 demandes d'aide financière dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC). Le budget initial s'élevait à un montant de 7 888 261 $ auquel s'est ajouté l'annualisation des montants engagés en 2004-2005, soit 114 981 $. Également, s'est ajoutée une indexation annuelle de 2,2 %, soit 176 071 $. Au début de l'année financière, un montant récurrent de 8 179 313 $ était disponible afin de procéder à la reconduction du financement à la mission globale et au financement de certaines ententes de service intégrées au programme.

La consolidation financière provenant des engagements ministériels, notamment dans le secteur de la violence faite aux femmes, ainsi que du budget de développement consenti à l'Agence a permis de rehausser la richesse du PSOC de l'ordre de 495 084 $.

Le PSOC maintient son objectif de prépondérance comme source de financement : 86,19 % de l'aide financière offerte aux organismes s'inscrit dans le soutien à la mission globale. Au cours

de la prochaine année financière, l'Agence analysera tout le financement accordé selon la modalité de l'entente de service, afin d'examiner la possibilité de transférer certaines allocations financières dans le cadre de la modalité de la mission globale.

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS VERSÉES 2003-2006 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES MISSION GLOBALE ET ENTENTES DE SERVICE			
PRORAMMES-SERVICES	**2003-2004 $**	**2004-2005 $**	**2005-2006 $**
Santé mentale	932 541	1 032 270	1 129 615
Perte d'autonomie liée au vieillissement	742 446	826 082	844 256
Déficience intellectuelle et TED * Déficience physique *	320 894	451 207	473 396
Dépendances	562 851	598 191	662 452
Jeunes en difficulté	1 196 987	1 276 222	1 294 970
Santé physique	60 634	89 816	98 668
Santé publique	213 284	232 014	259 754
Services généraux	2 779 492	3 369 547	3 548 537
Total (mission globale/ententes de service)	**6 809 129**	**7 875 349**	**8 311 648**
Solde engagé en projet ponctuel et organismes en transfert vers le MSSF	72 087 134 016	12 912	42 056
Total	**7 015 232**	**7 888 261**	**8 353 704**

* Jusqu'en 2005-2006, ces deux programmes se retrouvaient sous la même rubrique « personnes handicapées. À compter de 2006-2007, les investissements seront établis de façon spécifique à chacun des programmes. »

Les dossiers importants en 2005-2006

Dans le cadre des rencontres statutaires, l'Agence et le Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGÎM) ont adopté un plan de travail commun visant d'une part à renforcir les liens de communication et d'information entre les deux partenaires. À cet effet, l'Agence a rencontré le conseil d'administration du ROCGÎM afin de partager l'information découlant des changements légaux apportés par l'adoption du projet de loi 83.

D'autre part, l'Agence s'est engagée à créer un comité de travail conjoint chargé d'élaborer un cadre de référence visant à régulariser les processus et les critères de financement des

organismes communautaires dans une optique de consolidation financière. Les travaux sont débutés et devraient se poursuivre jusqu'à l'hiver 2007.

De plus, le plan de travail met de l'avant la nécessité de baliser les interactions entre les organismes communautaires et les établissements du réseau, dans le contexte des changements significatifs apportés par l'adoption du projet de loi 83. La mise en place des réseaux locaux de services et la réalisation d'un projet clinique par chacune des instances locales visent à donner aux citoyens un accès à des services continus et de qualité. Cette démarche est amorcée et se poursuivra en partageant cette responsabilité avec l'ensemble des partenaires, notamment les organismes communautaires qui seront sollicités pour participer à l'élaboration du projet clinique. Un comité de travail réunissant des représentants du ROCGÎM, des directeurs généraux de CSSS et des représentants de l'Agence ont amorcé les travaux devant mener à l'élaboration d'un cadre de relation dont l'échéance est prévue pour la fin de l'automne 2006.

Au niveau national, le comité de travail sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux a poursuivi ses travaux, notamment, sur la reconnaissance et l'admissibilité des organismes au Programme de soutien aux organismes communautaires, ainsi que sur l'harmonisation des modes de financement du programme. Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année financière 2006-2007. Le président-directeur général de l'Agence ainsi que la coordonnatrice du ROCGÎM siègent sur ce comité. Le premier représente le comité de gestion du réseau et la seconde représente la Table des regroupements régionaux.

Au plan sectoriel, l'Agence a entrepris, avec les représentants des maisons d'hébergement pour les personnes en difficulté, des travaux conjoints visant à élaborer un plan de rehaussement budgétaire qui permettrait, à moyen terme, d'éviter les interruptions répétitives de services causées par la situation de précarité financière de ce secteur communautaire.

L'année 2005-2006 aura été marquée par une augmentation du nombre d'organismes communautaires faisant l'objet d'un suivi administratif particulier en raison de difficultés diverses rencontrées dans la gestion ou dans l'administration courantes. De concert avec le ROCGÎM, nous reconnaissons qu'il s'avère important de formaliser les règles de gestion entourant les suivis spéciaux effectués par les professionnels de l'Agence. À cet effet, il faudra enchâsser cette préoccupation dans la perspective des travaux d'harmonisation du cadre de référence sur les interactions entre l'Agence et les organismes communautaires.

Cadre de référence sur les interactions de l'Agence et des organismes communautaires

L'Agence a maintenu l'application de son cadre de référence balisant les interactions avec les organismes communautaires. Ce cadre doit faire l'objet d'une révision, afin d'assurer son harmonisation avec la Politique gouvernementale sur la reconnaissance de l'action communautaire en tenant compte des travaux ministériels qui sont en cours. Dès que les travaux ministériels seront complétés, l'Agence créera un comité conjoint avec le ROCGÎM afin d'actualiser cette révision.

Rappelons que ce cadre de référence a notamment pour objectifs de :

- définir les principes et préciser les modalités d'un partenariat entre l'Agence et les organismes communautaires;

- définir la nature et les caractéristiques des organismes communautaires autonomes;

- préciser les critères et le processus administratif de reconnaissance des organismes communautaires;

- préciser les moyens privilégiés afin de soutenir les activités des organismes communautaires.

Par ailleurs, au cours de la dernière année, deux rencontres statutaires ont été tenues avec le Regroupement des organismes communautaires Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine (ROCGÎM). Les nouvelles orientations ministérielles quant à la réorganisation du réseau suscitent toujours certaines inquiétudes quant à leur participation dans le cadre des réseaux locaux de services et quant aux ententes de collaboration découlant de ce nouveau fonctionnement. À cet effet, le ROCGÎM et l'Agence avaient amorcé en 2004-2005 une tournée d'information dans chaque territoire des centres de santé et services sociaux, afin d'échanger sur cette nouvelle réalité avec les organismes communautaires et les représentants des établissements du réseau. Le plan de travail conjoint, élaboré à l'automne 2005 avec le ROCGÎM, vient répondre à certaines préoccupations manifestées par les organismes lors de cette tournée, notamment, par la création du comité de travail chargé de l'élaboration d'un cadre de relation balisant les interactions entre les instances locales et les organismes communautaires.

De plus, le conseil d'administration de l'Agence a adopté une résolution concernant la mise en place d'un moratoire sur la reconnaissance des nouveaux organismes communautaires qui s'appliquera jusqu'en mars 2007. La pertinence de ce moratoire est partagée par le ROCGÎM et permettra de mettre en priorité la consolidation financière des organismes communautaires déjà reconnus d'ici l'adoption du cadre de financement prévue à l'hiver 2007.

LE COMITÉ SUR L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

L'article 15 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ, chapitre S-4.2) assure aux personnes d'expression anglaise le droit de recevoir dans leur langue des services de santé et des services sociaux.

En 1998, le conseil d'administration de la Régie régionale de l'époque adoptait un programme d'accès aux services du réseau de la santé et des services sociaux en langue anglaise. Le programme d'accès est une mesure à caractère obligatoire et s'ajoute à d'autres mesures visant à favoriser l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Les activités 2005–2006 de l'Agence de santé et de services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine dans ce secteur s'inscrivent dans la continuité de ce programme d'accès.

Pour la période du 1er avril 2005 au 31 mars 2006, deux projets importants favorisant l'accessibilité à des services en langue anglaise sont en voie de réalisation :

- l'un au CSSS de La Côte-de-Gaspé, en concertation avec Vision Gaspé – Percé Now, au montant de 247 500 $;

- l'un au CSSS de la Baie-des-Chaleurs, en concertation avec le Comittee for Anglophone Social Action au montant de 117 000 $.

Dans le cadre du programme de formation linguistique avec l'Université Mc Gill, un projet de développement des compétences en langue anglaise des ressources humaines est en voie d'actualisation avec un budget régional de près de 75 000 $ partagé entre le CSSS de La Côte-de-Gaspé, le CSSS de la Baie-des-Chaleurs et celui des Îles. Le présent tableau illustre la clientèle de langue anglaise de notre territoire.

Composition linguistique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

MRC	LANGUE MATERNELLE								
	FRANÇAIS[1]		ANGLAIS[2]		ANGLAIS ET FRANÇAIS[3]		AUTRES[4]		TOTAL
AVIGNON	11 860	79,3 %	2 335	15,6 %	105	0,7 %	665	4,4 %	14 965
BONAVENTURE	15 170	84,4 %	2 525	14,0 %	265	1,5 %	25	0,1 %	17 985
ROCHER-PERCÉ	17 620	91,9 %	1 430	7,5 %	90	0,5 %	30	0,2 %	19 170
CÔTE-DE-GASPÉ	16 245	88,9 %	1 845	10,1 %	135	0,7 %	55	0,3 %	18 280
HAUTE-GASPÉSIE	12 415	99,4 %	50	0,4 %	15	0,1 %	15	0,1 %	12 495
ÎLES-DE-LA-MADELEINE	11 805	93,9 %	720	5,7 %	30	0,2 %	20	0,2 %	12 575
TOTAL :	85 115	89,2 %	8 905	9,3 %	640	0,7 %	810	0,8 %	95 470

Source : Statistiques Canada, recensement 2001

Population totale (excluant les personnes vivant en institution)

1 *Comprend « français seulement » et « français et langue non officielle ».*

2 *Comprend « anglais seulement » et « anglais et langue non officielle ».*

3 *Comprend « anglais et français » et « anglais, français et langue non officielle ».*

4 *Comprend les langues non officielles.*

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,09	7,42	7,91**

COMMENTAIRES	
Nom :	**Date :**

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.
**Le résultat 2005-2006 inclus la main d'œuvre indépendante

La santé des employés

Le MSSS souhaite, depuis plusieurs années, contenir le taux des absences liées à la santé au niveau qu'il était en 1998-1999. Pour la région, cela représente une cible à atteindre de 5,16 % (heures assurance-salaire ÷ heures travaillées). À cette fin, l'Agence de la santé et des services sociaux, en 2005, a élaboré son *Plan d'action régional en gestion de la présence au travail 2005-2008* dans lequel est prévue l'application de mesures incitatives et de soutien aux établissements de la région.

Le *Plan d'action régional*, en lien avec les orientations ministérielles en matière de gestion de la présence au travail, couvre les cinq volets suivants :

1. Adhésion de la direction à une philosophie de gestion responsable eu égard à la présence au travail;
2. Disponibilité de données quantitatives pertinentes et détaillées;
3. Saine gestion médico-administrative;
4. Niveau adéquat d'activités en promotion-prévention des accidents et des maladies;
5. Révision de l'organisation du travail dans les secteurs démontrant un haut niveau d'absentéisme.

Ce plan fait suite à une détérioration du ratio régional en assurance-salaire, particulièrement depuis les exercices financiers 2003-2004 et 2004-2005. En 2005-2006, bien que le taux régional semble vouloir se stabiliser par rapport à l'an dernier, il demeure néanmoins élevé, faisant du dossier de l'assurance-salaire une priorité régionale.

Des correctifs importants sont déjà en voie d'élaboration dans les établissements, et ce, de concert avec l'Agence et le Ministère. Des mesures concrètes seront mises en œuvre en vue de réduire le ratio d'assurance-salaire pour les prochaines années.

ÉVOLUTION DES HEURES EN ASSURANCE SALAIRE			
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
% HAS Province	5,58 *	5,64	5,59
HT GÎM	4 365 312	4 299 580	4 492 963
HAS GÎM	294 467	344 338	360 515
$P GÎM	5 103 782	6 004 899	6 173 927
% HAS GÎM	6,75	8,01	8,02(1)

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
(1) HT : heures travaillées
HAS : heures en assurance-salaire (excluant délai de carence)
% HAS : pourcentage des heures en assurance-salaire
$ P : coût des prestations en assurance-salaire (excluant délai de carence)
* Des établissements ont apporté des corrections au cours de l'année
* Rapports préliminaires 13 périodes
(1) Exclus la main-d'œuvre indépendante

Note : Pour demeurer comparable aux chiffres calculés par le MSSS, les heures en temps supplémentaire ont été ajoutées aux heures travaillées en temps régulier.

Un portrait des salariés

Depuis l'an dernier, on observe une hausse d'environ 2 % des salariés à temps complet régulier ainsi qu'une hausse de moins de 1 % des salariés à temps partiel.

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL SYNDIQUÉ (1)			
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
TCR	1 540	1 505	1 541
TPR (ÉTP)	703	740	744
SOUS-TOTAL	**2 243**	**2 245**	**2 285**
TPO (ÉTP)	685	711	730
TOTAL (ÉTP)	**2 928**	**2 956**	**3 015**

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi
TCR : temps complet régulier TPR (ÉTP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)
TPO (ÉTP) : temps partiel occasionnel (équivalent temps plein)

Un portrait du personnel d'encadrement

On observe une croissance de moins de 1 % du personnel cadre à temps complet régulier.

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL CADRE [1]			
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
TCR	149	156	157
TPR (ÉTP)	7	8	6
TOTAL	**156**	**164**	**163**

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)

(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi
TCR : temps complet régulier
TPR (ÉTP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)

L'encadrement dans le réseau

Le taux d'encadrement s'est légèrement détérioré comparativement à l'an dernier. De façon générale, chaque cadre du réseau dirige en moyenne entre 25 et 30 personnes différentes à temps complet, à temps partiel régulier ou occasionnel pour totaliser l'équivalent de 18,5 temps plein. Il s'agit d'une charge de travail très importante où la supervision administrative occupe beaucoup de temps en regard de l'encadrement clinique.

ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ENCADREMENT [1]			
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
PS	2 928	2 956	3015
PC	156	164	163
PS/PC	**18,8**	**18,02**	**18,5**

(1) Excluant le personnel bénéficiant de mesures de stabilité ou de sécurité d'emploi
PS : personnel syndiqué
PC : personnel cadre
PS/PC : nombre de syndiqués par cadre (en équivalent temps plein)

Microprogramme en gestion et développement des organisations (2e cycle)

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois est confronté à de nombreux défis. Des changements majeurs s'amorcent dans un contexte de pénurie appréhendée de main-d'œuvre. À cet égard, le renouvellement des cadres et le développement de leurs compétences en gestion sont devenus des enjeux importants.

Pour aider les gestionnaires actuels et futurs à faire face aux défis qui les attendent, l'Agence de la santé et des services sociaux, en collaboration avec le comité régional de développement du personnel d'encadrement et les directions des établissements de la région, offre une série d'activités pour soutenir le développement des gestionnaires, notamment par la mise en place d'un programme de 2e cycle sur mesure en gestion et développement des organisations.

La cohorte en place, depuis janvier 2005, compte 27 étudiants inscrits et participant à ce programme offert par l'Université Laval.

Dans le cadre de ce programme, à partir d'un survol des phénomènes complexes qui modulent le rôle du cadre, les participants sont invités à analyser comment les habiletés de communication et de gestion contribuent à un meilleur pilotage du changement dans un environnement turbulent. L'accent est mis sur les conditions qui favorisent l'exercice d'un leadership mobilisateur pour ensuite ouvrir sur les avantages, inconvénients et principes dont il faut tenir compte dans la création d'alliances et de partenariats qui permettent de meilleurs arrimages entre tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Au fil des exercices de transfert effectués au sein de leur organisation respective, les participants sont ainsi invités à approfondir leur compréhension de l'évolution du réseau et à évaluer l'efficacité de leurs interventions dans une perspective d'amélioration continue de leurs habilités de gestion.

En complément à ce programme, l'Agence, en étroite collaboration avec le comité régional de développement du personnel d'encadrement, offre différentes formations ad hoc.

La précarité d'emploi

Le portrait des six dernières années tend à confirmer qu'environ 22 % des heures sont rémunérées à des salariés à temps partiel occasionnel. Une réorganisation du travail visant une diminution de ce taux s'impose.

ÉVOLUTION DES HEURES RÉMUNÉRÉES (1)			
	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
HRT	5 839 499	5 956 672	5 980 230
HR/SO	1 264 318	1 304 090	1 345 088
% SO/HR	21,7	21,9	22,49

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
HRT : heures rémunérées totales
HR/SO : heures rémunérées aux salariés occasionnels
SO/HR : pourcentage des heures rémunérées aux salariés occasionnels vs heures rémunérées totales

Budgets de fonctionnement pour l'année financière 2005-2006

Au cours de l'année financière 2005-2006, les établissements de santé et de services sociaux de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont reçu des revenus de 228,88 millions de dollars. Ces revenus proviennent de diverses sources :

- Budgets de base nets versés par l'Agence — 203,58 M$
- Contribution des usagers hébergés, services non assurés, services aux non-résidents, subventions spéciales de l'Agence (ex. : sécurité d'emploi, campagnes de vaccination, budgets non récurrents, etc.) — 21,34 M$
- Activités accessoires : équipes locales de santé au travail, services aux autochtones (CJ), revenus de stationnement, etc. — 3,96 M$

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS		
Établissements	**2004-2005**	**2005-2006**
	Budget $	**Budget $**
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	10 786 024	11 128 286
Centre de réadaptation de la Gaspésie	14 017 818	14 309 916
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	50 210 786	51 668 193
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	40 258 005	41 263 893
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	23 255 733	23 848 666
Centre de santé et de services sociaux des Îles	28 362 487	29 105 007
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	31 019 372	32 261 172
TOTAL	**197 910 225**	**203 585 133**

Comme on peut le constater au tableau précédent, l'enveloppe régionale nette versée par l'Agence aux établissements de la région a augmenté de près de 5,67 millions de dollars par rapport à l'année 2004-2005.

Cette augmentation est principalement composée des éléments suivants : indexation budgétaire de base, le rehaussement du budget des médicaments et des fournitures médicales, les budgets de développement alloués selon le nouveau mode d'allocation par programme, le financement d'une partie de la cible déficitaire maximale autorisée par le MSSS.

Situation financière

Parmi les sept établissements de la région, trois ont réalisé des surplus d'opération pour un montant de 404 528 $, tandis que les quatre autres ont terminé l'année en situation déficitaire de 3,7 millions de dollars. Cependant, cette année, tout comme l'an passé, le Ministère a reconnu un niveau de sous-financement évalué à 1,002 million de dollars. Ce sous-financement s'est traduit par une cible maximale déficitaire autorisée dans les centres de santé, qui a été répartie sur la base des augmentations de volume engagées au cours des dernières années, afin de respecter le principe d'équité qui prévaut dans la répartition des budgets régionaux.

Le tableau suivant démontre que la situation financière régionale s'est quelque peu détériorée au cours de l'année 2005-2006. En effet, le déficit d'opération de l'ensemble des établissements est passé de 3,4 millions de dollars en 2004-2005 à 3,7 millions de dollars en 2005-2006. La situation très particulière d'un centre de santé qui a vu ses coûts de transport, d'énergie et de médicaments antinéoplasiques augmenter de manière fulgurante est venue modifier sensiblement le portrait régional. En effet, les autres établissements en difficulté avaient quand même réussi à réduire leur déficit. Des efforts importants de résorption des dépenses devront encore être consentis par les organisations pour atteindre l'équilibre budgétaire.

Au 31 mars 2006, les centres de santé affichaient des déficits accumulés totalisant 17 millions de dollars. Ces déficits accumulés incluent les cibles déficitaires autorisées et demeurent à la charge des établissements.

Par ailleurs, deux établissements ont accumulé des surplus totalisant tout près de 2 millions de dollars. Les établissements pourront utiliser ces surplus pour combler des déficits au cours des prochaines années ou pour améliorer l'offre de service à la population.

RÉSULTATS FINANCIERS 2004-2005 ET 2005-2006
SURPLUS (DÉFICITS) ACCUMULÉS AU 31 MARS 2006

Établissements	2004-2005		2005-2006			Au 31 mars 2006	
	Surplus $	Déficits $	Surplus $	Déficits $	Déficits autorisés $	Surplus accumulés $	Déficits accumulés $
CSSS Baie-des-Chaleurs		1 367 783		919 013	-		6 228 796
CSSS du Rocher-Percé		328 689	6 775		30 599		841 810
CSSS des Îles		549 490		1 863 631	365 864		3 373 928
CSSS de La Côte-de-Gaspé		339 918		200 803	250 274		2 736 201
CSSS de La Haute-Gaspésie		839 945		742 462	355 614		3 933 691
CJ Gaspésie/Les Îles	56 643		315 604		-	521 492	
CR de la Gaspésie	185 036		82 149		-	1 393 039	
TOTAL	**241 679**	**3 425 825**	**404 528**	**3 725 909**	**1 002 351**	**1 914 531**	**17 114 426**

Immobilisations et équipements

SOMMAIRE DES BUDGETS ALLOUÉS EN 2005-2006

A- Projets spéciaux en immobilisation

Au cours de l'année 2005-2006, des subventions totalisant 1 289 700 $ ont été allouées pour l'amélioration des milieux de vie en CHSLD et pour la rénovation fonctionnelle dans les centres hospitaliers et au Centre jeunesse. Au niveau du dossier pour la lutte aux infections nosocomiales, un montant de 150 000 $ a été mis en réserve pour l'année 2006-2007. De plus, il y a un résiduel de 241 975 $ de la réserve de 2004-2005 pour le dossier des chambres à pression négative. Les projets suivants ont obtenu du financement :

- CSSS de la Baie-des-Chaleurs
  - Augmentation de la capacité du convoyeur pneumatique — 70 000 $
  - Prévention et contrôle des infections nosocomiales — 35 463 $
- CSSS du Rocher-Percé
  - Amélioration des infrastructures — 631 000 $
  - Prévention et contrôle des infections nosocomiales — 29 471 $
- CSSS des Îles
  - Prévention et contrôle des infections nosocomiales — 19 361 $
- CSSS de La Côte-de-Gaspé
  - Prévention et contrôle des infections nosocomiales — 30 969 $
- CSSS de La Haute-Gaspésie
  - Aménagement d'une unité prothétique : frais pour les plans et devis définitifs — 79 000 $
  - Prévention et contrôle des infections nosocomiales — 39 736 $
- Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles
  - Unité multiproblématique — 354 700 $

B- Enveloppes de base

Immobilisations : 2 054 557 $

Cette enveloppe a permis de réaliser 27 projets dans les établissements de la région en 2005-2006. Conformément aux nouvelles orientations, la totalité de ce budget a été investi dans les dossiers de maintien d'actifs et dans la sécurité des bâtiments. Près de 453 374 $ ont été

engagés pour la réfection extérieure des bâtiments tandis que 117 146 $ ont servi à la restauration intérieure. Un montant de 742 261 $ a permis le remplacement d'équipements mécaniques et médicaux et le maintien de services tels que le chauffage et la ventilation. Une somme de 160 790 $ a été investie en sécurité au niveau des bâtiments. De plus, un audit technique et une étude énergétique des bâtiments ont été réalisés.

Équipements : 1 149 786 $

Cette enveloppe est répartie entre les établissements au *prorata* de la valeur des biens mobiliers de chacun.

Dépenses capitalisables : 656 100 $

Une portion de cette enveloppe a été répartie entre les établissements, selon une méthodologie élaborée, il y a quelques années. Ces budgets serviront à financer l'achat de logiciels et de certains équipements acquis sous forme de location/achat, comme les photocopieurs. Une seconde partie de cette enveloppe est conservée à l'Agence et utilisée pour financer les projets d'informatisation du réseau.

C - Haute technologie

Ce programme de financement centralisé au Ministère vise à financer aux régions des équipements spécialisés dont la valeur dépasse la capacité de payer des établissements.

Pour l'année 2005-2006, la région a reçu 1 590 000 $ dans le cadre de ce programme. Les équipements suivants ont été acquis par les établissements.

- CSSS de la Baie-des-Chaleurs
  - Salle de radiographie 50 000 $
  - Achat d'un laser en ophtalmologie 55 000 $
  - Aménagement du vestibule pour la résonance magnétique 300 000 $
- CSSS du Rocher-Percé
  - Installation d'une salle de radioscopie 600 000 $
  - Équipement en endoscopie 170 000 $
- CSSS des Îles
  - Respirateur volumétrique 55 000 $
  - Analyseur en biochimie 95 000 $
- CSSS de La Côte-de-Gaspé
  - Acquisition d'un développeur plein-jour 45 000 $
  - Échographe 20 000 $

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Prestation sécuritaire des services**
Objectifs de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	4/7	7/7	5/7
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	3/7	7/7	6/7
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	3/7	7/7	7/7
Nombre d'établissements ayant instauré un registre local des incidents/accidents	6/7	7/7	6/7
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	5/7	7/7	7/7

COMMENTAIRES	
Le CSSS des Îles est présentement en cours de rédaction de sa politique de divulgation de tout accident à un usager.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Gestion des risques

En matière de gestion des risques, le commissaire a effectué de façon ponctuelle des suivis auprès des établissements concernant les obligations créées par la Loi sur la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux. La création d'un comité de gestion des risques, l'adoption d'une politique de gestion des risques et d'un règlement relatif à la divulgation des incidents et accidents dans les établissements, de même que l'utilisation d'un registre des incidents/accidents et l'obligation de s'inscrire dans une démarche d'agrément font partie des responsabilités des établissements. De plus, ces éléments sont aussi introduits à l'intérieur de l'entente de gestion et d'imputabilité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence.

Par ailleurs, une formation portant sur le manuel de gestion des risques dispensée par l'Association des établissements de santé et de services sociaux a été organisée par le commissaire régional et offerte en 2005-2006 aux gestionnaires de risques et commissaires à la qualité des services des établissements.

Traitement des plaintes

En ce qui concerne le traitement des plaintes, les données complètes sont disponibles à l'intérieur du Rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Toutefois, voici un aperçu du volume de plaintes traitées par le commissaire régional à la qualité des services à l'Agence de même que par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de santé et de services sociaux de la région.

Bilan des plaintes traitées par le commissaire régional à l'égard des fonctions et responsabilités de l'Agence, des services préhospitaliers et des organismes communautaires

Année	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
2005-2006	1	16	17	14	3
2004-2005	1	11	12	11	1
2003-2004	3	17	20	19	1

Des 14 plaintes traitées et conclues par le commissaire régional, dix concernaient les fonctions et responsabilités de l'Agence, les organismes communautaires et deux les services préhospitaliers.

Bilan des plaintes traitées par les commissaires locaux et les médecins examinateurs dans les établissements

Année	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
2005-2006	*18	223	241	206	35
2004-2005	*11	155	166	151	15
2003-2004	31	190	221	191	30

* *Données ajustées*

Des 241 dossiers de plaintes transmis aux établissements, 172 ont été acheminés aux centres de santé et de services sociaux pour leur mission hospitalière (CHSGS), 36 pour la mission CLSC, 13 pour les missions jeunesse et jeunes en difficulté d'adaptation, 18 aux établissements ayant une mission CHSLD et enfin, 2 aux établissements ayant une mission de réadaptation en déficience intellectuelle ou physique ou encore pour la clientèle éprouvant des problèmes en alcoolisme-toxicomanie.

Deux cent deux dossiers de plaintes ont été acheminés par les usagers aux commissaires locaux des établissements de la région en cours d'année et 39 aux médecins examinateurs pour un total de 241 plaintes.

SECTION 3

LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	179	179	198
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	12,35	12,35	10,19

COMMENTAIRES	
Au CSSS des Îles nous avons observé une diminution marquée du nombre d'interventions. Après vérification, trois usagers recevant une intensité importante de services ont été retirés du programme, car deux usagers ont été orientés en ressource intermédiaire et l'autre est décédé. L'ajout également de client sans développement financier à un impact direct sur le nombre moyen d'interventions.	
Nom :	**Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	90	90	96

COMMENTAIRES	
L'augmentation du nombre d'usagers provient d'une reclassification des usagers ayant un double profil et dont la majeure n'était pas la déficience physique, mais bien la déficience intellectuelle.	
Nom :	**Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – troubles envahissants du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	33	33	40
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	3,40	4,7	2,23

COMMENTAIRES
L'augmentation du nombre d'usagers n'est pas réelle, mais due à une mauvaise utilisation du profil clientèle dans le système I-CLSC. Un des CSSS qui avait plus du double d'usagers en P-13 nous confirme une erreur d'imputation, puisque ces mêmes usagers sont déjà inscrits avec un profil DI. De plus, le nombre peu élevé d'interventions par usager s'explique par le fait que, dans la majorité des cas, ces personnes ne sont rencontrées qu'une seule fois par année pour une évaluation des services requis et qu'elles sont par la suite orientées vers le chèque emploi-service. Nous observons également une mauvaise interprétation du profil TED dans d'autres centres de santé. Un suivi rigoureux sera effectué en 2006-2007 afin de refléter le nombre d'usagers et d'interventions réels en soutien à domicile.
Nom : **Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	39	39	37

COMMENTAIRES
Nom : **Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – troubles envahissants du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement, en augmentant le nombre d'enfants desservis.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	7	7	6
Nombre moyen d'heures hebdomadaire d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	17,00	20,00	14,78

COMMENTAIRES

Nombre d'enfants : CR

Nous avons atteint la cible prévue.

Considérant que la durée du programme pour les plus jeunes est établie à 3 ans et que de nouvelles références nous sont acheminées, la liste d'attente risque d'augmenter.

Nombre d'heures : CR

- Nous avons obtenu une moyenne de 15 heures plutôt que de 20 heures.
- Premiers facteurs qui influencent la moyenne : les tempêtes d'hiver, les maladies de l'enfant ou de l'intervenant, les occasions où la famille ne peut pas nous recevoir, les périodes de formation de l'intervenant (certificat), occasionnent des annulations de la thérapie et diminuent la moyenne.
- Autres facteurs : un des enfants était en fin de programme et le plan d'intervention prévoyait une transition de plusieurs mois durant lesquels l'enfant recevait entre 4 et 10 heures d'intervention directe pendant son intégration scolaire. Cela a eu un effet à la baisse sur la moyenne générale. Nous nous questionnons sur la pertinence d'inclure cette période de transition dans les statistiques du programme ICI.

Nombre d'heures : Îles

L'absence de l'intervenante pour diverses raisons explique la diminution du nombre d'heures, ainsi qu'une transition de quelques mois d'un enfant de plus de 6 ans lors de son intégration scolaire. Cet enfant recevait 10 heures par semaine en moyenne durant cette période.

Nom :	**Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – troubles envahissants du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement, en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	5	5	24
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	0	0	20

COMMENTAIRES	
L'écart entre la cible et le résultat provient de l'interprétation de la définition des indicateurs. En 2004-2005, les indicateurs faisaient référence au nombre de nouveaux usagers desservis alors qu'en 2005-2006, au nombre d'usagers desservis. Vous trouverez ci-dessous les fiches descriptives de l'année 2004-2005 ainsi que celles de 2005-2006.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Consolidation du réseau résidentiel

Conformément à une planification des services résidentiels déposée à l'Agence par le Centre de réadaptation de la Gaspésie (CR) et le CSSS des Îles, un développement du réseau résidentiel en déficience intellectuelle a pu être réalisé.

Une résidence avec assistance continue a été mise en place dans la MRC Rocher-Percé, offrant six places d'hébergement pour des adultes ayant une déficience intellectuelle associée à des problématiques complexes et une place de répit-dépannage spécialisée pour adulte. Une résidence intermédiaire spécialisée a également été mise en place dans la MRC des Îles, offrant cinq places d'hébergement et une place de répit-dépannage pour adulte. Le financement de cette ressource est réparti sur deux ans dont 70 000 $ a été alloué en 2005-2006.

Bilan de l'unité régionale d'hospitalisation multiclientèle

Dans le cadre des orientations pour une organisation spécifique de services à la clientèle présentant une déficience intellectuelle associée à des problèmes de santé mentale ou à des troubles graves de comportement, adoptées en 2001, une unité d'hospitalisation de cinq places a été maintenue de façon transitoire au Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé. Cette unité spécialisée est consacrée aux cas complexes tant de déficience intellectuelle que de santé mentale qui ne peuvent recevoir des services dans les unités psychiatriques de courte durée des différents centres hospitaliers du territoire. Une équipe régionale d'expertise en déficience intellectuelle et santé mentale est impliquée dans le processus d'analyse des dossiers et dans le support à l'équipe d'intervention de l'unité.

Un bilan de cette unité a donc été réalisé conjointement par les responsables des programmes Déficience intellectuelle et Santé mentale avec la collaboration des responsables de l'unité ainsi que de la coordonnatrice de l'équipe régionale d'expertise en DI-SM. Quelques constats dont, le faible volume de clientèle, la durée prolongée d'hospitalisation de certains usagers en attente d'une ressource d'hébergement adaptée à leurs besoins, le coût de fonctionnement de l'unité, conduisent à questionner la pertinence de maintenir cette unité régionale. Une démarche complémentaire sera aussi réalisée au cours de la prochaine année pour cerner des alternatives possibles : consolidation des services dans les unités locales de courte durée psychiatrique, services suprarégionaux, ressource régionale d'hébergement transitoire à des fins de modification de comportement.

Projets d'intégration

L'Agence a collaboré à différentes actions visant l'intégration des personnes handicapées :

- Table régionale d'intégration au travail : guide à l'intégration, consolidation des services de transport adapté;
- Comité régional pour l'intégration des enfants handicapés en service de garde : portrait régional de la situation, mesure exceptionnelle d'intégration d'enfants handicapés ayant d'importants besoins;
- Projet pilote dans la Côte-de-Gaspé : service de surveillance pour des jeunes handicapés de 12 à 21 ans, dans le cadre des mesures de conciliation travail-famille.

Bilan du plan d'action national en troubles envahissants du développement (TED)

Un bilan des orientations et du plan d'action en TED qui avaient été adoptés au niveau national en 2003, a été produit au MSSS par l'Agence.

Un développement important est enregistré au niveau de la formation des intervenants dans les approches spécialisées en TED de même que dans l'intervention intensive auprès des enfants de 0-6 ans. Un budget de 36 771 $ a été affecté en 2005-2006 pour la formation de sept intervenants au certificat en TED ainsi qu'une intervenante en supervision d'intervention spécialisée.

Par ailleurs, des améliorations appréciables sont en cours quant à la présence d'intervenants pivots, la réalisation de PSI, le soutien pour les enfants d'âge scolaire, l'information et formation aux familles, des mesures de répit spécialisé.

Des actions restent à réaliser, principalement en regard de la détection précoce des TED par les intervenants, de l'offre de service d'évaluation diagnostique et globale, de la mise en place de protocoles de complémentarité CSSS-CRDI, de la définition et l'accès à des services suprarégionaux.

Comité sur l'élaboration d'un protocole d'évaluation diagnostique et globale en TED

Dans le cadre de l'actualisation du plan d'action régional 2003-2008 pour l'organisation des services en TED, un comité de travail a déposé à l'Agence un *Protocole standardisé d'évaluation diagnostique et d'évaluation globale des besoins pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement*.

Le protocole, qui a fait l'objet de discussions avec l'Agence, sera présenté au cours des prochains mois au comité régional de coordination et de concertation DI-TED. Ce dernier soumettra un avis à l'Agence en vue de son adoption.

Visite d'appréciation de la qualité des services en milieu de vie

En novembre 2005, le Centre de réadaptation de la Gaspésie a été visité par une équipe mandatée par le MSSS aux fins d'apprécier la qualité de vie assurée aux personnes résidents en ressource intermédiaire et de type familial pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle. À la suite de cette visite, le Centre de Réadaptation de la Gaspésie a déposé son plan d'action permettant de donner suite aux recommandations formulées par l'équipe d'appréciation de la qualité. L'Agence assume le suivi du plan d'action auprès de l'établissement au regard des actions planifiées, des échéanciers et des résultats attendus.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 372	1 372	1 282
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	17,31	17,31	18,87

COMMENTAIRES	
La diminution du nombre d'usagers se situe majoritairement au CSSS Baie-des-Chaleurs où dans le cadre du retour à l'équilibre budgétaire, l'établissement a diminué l'offre de service en soutien à domicile en fonction du budget alloué par l'Agence pour ce secteur d'activité. La diminution du nombre d'usagers dans ce territoire s'explique également par l'absence de deux ergothérapeutes pour des périodes prolongées de 6 mois et de 1 an respectivement, et par l'incapacité de l'établissement à les remplacer. Dans le territoire du CSSS du Rocher-Percé, où là aussi une baisse d'usagers s'est fait ressentir, 10 personnes ont été transférées au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, 30 personnes âgées sont décédées. Ces personnes étaient inscrites au programme Déficience physique.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	179	179	166

COMMENTAIRES	
La diminution du nombre d'usagers observée est reliée à une mauvaise compilation des données en 2004-2005. À la suite des vérifications auprès du CSSS où une baisse appréciable du nombre d'usagers s'est fait ressentir, ils ont constaté que 24 personnes avaient été inscrites comme recevant du répit gardiennage-dépannage alors qu'en réalité, elles recevaient une allocation pour de l'assistance à la personne. De plus, des usagers ayant une double déficience, soit une déficience intellectuelle et une déficience physique, étaient colligés dans les données de cet indicateur alors que la majeure était en déficience intellectuelle. Un transfert a donc été effectué vers les services de soutien en DI.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	529	529	490
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	210	233	244
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	297	297	311
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	100	107	105

COMMENTAIRES

Déficience motrice

Limite de l'outil actuel

L'outil utilisé (W-STAT) pour la collecte des données a été conçu pour la facturation SAAQ. Nous l'expérimentons pour nos besoins de reddition de comptes, mais nous avons connu quelques difficultés de parcours, dont, notamment, la perte de toutes les données à la suite d'un bris des disques durs.

En 2004-2005, une erreur s'est glissée dans la compilation : nous avions saisi, dans GESTRED, un total de 484 usagers en déficience motrice plus 45 clients SAAQ pour un total de 529 usagers. À la suite des vérifications des données sur W-STAT (par exemple, usager compté 2 fois), le chiffre réel était ramené à 474 pour le rapport annuel d'activité + 45 clients SAAQ, soit un total de 519 usagers. Le chiffre réel était donc de 519 usagers et non de 529 usagers ayant reçu des services en 2004-2005.

À titre comparatif, voici l'évolution du nombre d'usagers en déficience motrice des dernières années :

1998-1999 : 148
1999-2000 : 260
2000-2001 : 406
2001-2002 : 413
2002-2003 : 419
2003-2004 : 435
2004-2005 : 519
2005-2006 : 490

Nous pouvons constater que le chiffre de 519 usagers est très élevé comparativement aux quatre années précédentes. Nous avons constaté les problématiques suivantes :

- des usagers sont toujours comptés actifs à la fin de leur réadaptation parce qu'ils sont en attente d'une prise en charge en maintien des acquis au CSSS ou d'une réévaluation de leur condition. Or, ces dossiers auraient dû être fermés;

- certains usagers étaient inscrits dans deux programmes (DM et DL) et ne recevaient que des services dans le programme DL. Ces dossiers ont été régularisés en 2005-2006.

COMMENTAIRES (SUITE)
De plus, on observe une augmentation de la liste d'attente en déficience motrice qui est due à une référence importante de 10 enfants en mars 2006 par le CSSS du Rocher-Percé. **Déficience visuelle** Pas de commentaire pour 2005-2006; les données sont en légère progression. L'arrivée des optométristes pourrait aussi avoir un effet à la hausse sur le nombre d'usagers desservis en 2006-2007. **Déficience auditive** Pas de commentaire pour 2005-2006; les données sont en légère progression. Les audiologistes sont maintenant en fonction. Pour 2006-2007, nous aurons à clarifier la façon de calculer les usagers qui nous sont référés pour des aides de suppléance à l'audition seulement. Jusqu'à présent, nous ouvrons un dossier en réadaptation pour ces usagers et ils sont comptés dans les statistiques. Or, selon les informations que nous recevons des autres CRDP, ces clients devraient avoir un dossier aux aides techniques seulement et non en réadaptation. Si nous procédons à ce réajustement en 2006-2007, le total d'usagers desservis annuellement en réadaptation devrait être revu à la baisse. **Déficience du langage et de la parole** Pas de commentaire pour 2005-2006; les données se maintiennent (105 comparativement à 100 pour l'année précédente).
Nom : **Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive

C'est en 2005-2006 que le Centre de réadaptation de la Gaspésie, en collaboration avec l'Agence, a franchi la dernière étape de l'élaboration du plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive. Compte tenu que la consultation effectuée n'a pas permis de statuer de façon définitive sur la localisation des unités de réadaptation sur le territoire, l'Agence s'est associée à un comité d'experts, afin de déterminer l'organisation des services la plus appropriée pour répondre aux besoins de la clientèle nécessitant des soins.

La répartition des unités qui a finalement été adoptée prévoit 10 lits dans La Côte-de-Gaspé et 6 lits dans la Baie-des-Chaleurs. Le plan a été entériné par le conseil d'administration de l'Agence en mars 2006. La mise en place de ces unités permettra aux usagers d'avoir accès à des services qui sont, à ce jour, offerts à l'extérieur de la région. Ces services s'adressent aux personnes qui présentent des situations complexes et impliquent la mise à contribution d'une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécifique.

La première phase, soit celle relative à l'aménagement des espaces physiques dédiées aux unités sera amorcée en 2006-2007. Ces services s'inscrivent en complémentarité avec les services externes de réadaptation déjà présents dans l'ensemble des territoires de CSSS, permettant ainsi une accessibilité accrue.

Services spécialisés de réadaptation

Afin de consolider les équipes externes de réadaptation du Centre de réadaptation de la Gaspésie, l'Agence a alloué, au cours des deux dernières années, un budget récurrent de 92 574 $.

Volet jeu pathologique

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	36	44	41
COMMENTAIRES			
L'Agence a effectué cette année une campagne de sensibilisation à la problématique du jeu et une campagne d'information sur les services disponibles. Des activités de sensibilisation auprès des personnes âgées et des entreprises ont également eu lieu. Malgré ces démarches et la disponibilité des services, la clientèle a peu recours aux services.			
Nom :	**Date :**		

En juin 2004, le conseil d'administration de l'Agence adoptait le *Plan d'action sur le jeu pathologique 2004-2007, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*. Ce plan d'action prévoit la réalisation d'un ensemble d'activités de prévention et de sensibilisation, ainsi que la consolidation des services de traitement offerts aux personnes aux prises avec un problème de jeu ainsi qu'à leurs proches. Au cours de l'exercice financier 2005-2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a réalisé une vaste campagne de sensibilisation et de prévention aux problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent. Cette campagne s'est traduite par un message télévisé qui faisait la promotion du jeu responsable.

Volet toxicomanie

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Services de première ligne - toxicomanie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	0	19	87
COMMENTAIRES			
Nom :	**Date :**		

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Mise en place d'un comité de concertation et de coordination du programme Dépendances

L'Agence a produit un cadre de fonctionnement du comité de coordination et de concertation du programme Dépendances. Son mandat est le suivant :

Le comité procède à l'évaluation de la situation régionale des activités de prévention et des services disponibles du programme Dépendances et identifie le continuum régional de services, et ce, conformément aux orientations nationales et régionales. Il s'assure que ce continuum de services s'adresse autant à la promotion-prévention qu'aux services de 1re et 2e lignes. Le comité doit veiller à ce que l'offre de service soit adaptée aux besoins de la population de chaque CSSS, et ce, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus.

Les établissements, les organismes communautaires participants ont identifié leur représentant et les travaux du comité débuteront au cours du prochain exercice financier.

Élaboration d'un mécanisme d'accès aux services du programme Dépendances

L'Agence a débuté les travaux visant l'élaboration et la mise en place d'un mécanisme d'accès aux services du programme Dépendances. L'objectif principal est de préciser la trajectoire des services offerts aux personnes aux prises avec une problématique de dépendances. En 2005-2006, les travaux ont principalement porté sur l'analyse des mécanismes d'accès utilisés dans les autres régions et l'évaluation de la trajectoire de services nécessaires dans notre région. Les travaux d'élaboration, de production, de consultation et de mise en place du mécanisme d'accès se poursuivront au cours du prochain exercice financier.

Semaine de prévention de la toxicomanie

Cette année encore, l'Agence a supporté la tenue d'activités et la distribution de matériel dans les organismes communautaires, dans le réseau municipal et scolaire ainsi que dans le réseau de la santé, afin de diffuser le matériel promotionnel édité dans le cadre de la Semaine de prévention de la toxicomanie.

Orientations régionales en matière de travail de milieu auprès des jeunes

En lien avec les « *Orientations régionales en matière de travail de milieu auprès des jeunes* » qui ont été adoptées par le conseil d'administration le 2 mars 2002, l'Agence a réalisé les activités suivantes en 2005-2006 :

- coordonner les travaux visant l'organisation de la tenue d'une journée régionale de promotion des activités de travail de milieu en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Cette année, cette journée a été organisée par Uni-Vers jeunes et s'est déroulée à Ste-Anne-des-Monts;

- organiser une rencontre avec les organismes promoteurs des activités de travail de milieu.

L'Agence a réuni tous les organismes promoteurs des activités de travail de milieu, afin d'aborder avec eux, les défis qui leur sont posés dans la gestion quotidienne des activités de travail de milieu. À cette occasion, les participants ont pu notamment échanger sur leur réalité respective et mettre en commun leurs expériences dans le cadre de la structure de gestion déterminée dans les *Orientations régionales en matière de travail de milieu auprès des jeunes*. Afin de consolider les activités de travail de milieu auprès des jeunes, l'Agence a alloué en 2005-2006, une allocation supplémentaire de 30 000 $.

TABLEAU[3] DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL DE MILIEU

MRC	BUDGET 2004-2005	BUDGET 2005- 2006
Rocher-Percé	53 396	59 941
Côte-de-Gaspé	61 795	70 215
Avignon	48 292	54 432
Bonaventure	54 349	61 224
Îles-de-la-Madeleine	32 069	36 224
Haute-Gaspésie	37 770	42 404
TOTAL	**287 671**	**324 440**

[2] Le présent tableau inclus l'indexation annuelle du budget

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux, en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille, par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille, en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 229	2 229	2 389
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,40	6,40	6,23

COMMENTAIRES	
Nous observons dans les établissements une difficulté concernant les profils qui sont utilisés pour la clientèle 0-18 ans, et ce, plus particulièrement, pour les profils en santé mentale, TED, déficience intellectuelle et jeunes en difficulté. L'Agence doit poursuivre les travaux avec les CSSS afin d'inscrire les usagers dans les programmes concernés, ce qui peut influencer à la baisse le nombre d'usagers du programme Jeunes en difficulté. La diminution du nombre moyen d'interventions s'explique par l'augmentation de 160 usagers, et ce, sans ajout de développement financier au regard de ces services.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse, pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier, pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	7,48	7,48	6,23
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	10,00	10,00	10,22
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	1,00	2,00	0,00

COMMENTAIRES	
• Les excellents résultats obtenus à l'attente à l'évaluation sont liés à la poursuite des efforts faits en ce sens depuis plusieurs années. • Le personnel de l'application des mesures a été moins stable pendant la dernière année, les absences entraînant parfois des délais dans l'assignation des dossiers. Nous sommes fiers d'afficher le résultat indiqué plus haut pour le délai moyen à l'application des mesures de protection. • En regard du taux d'engorgement dans les unités, le résultat est excellent. L'engorgement est tributaire des besoins des jeunes et nous n'avons que peu d'impact sur les résultats obtenus, d'autant plus que nous avons un nombre restreint de places disponibles en unité de réadaptation comparativement à la moyenne provinciale.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Comité régional de coordination et de concertation jeunes en difficulté

Pour assurer une meilleure coordination et concertation des services à la population, l'Agence a prévu la mise en place de comités régionaux qui respectent l'architecture des programmes-services. Le mandat du comité régional en est un de conseil et son rôle est, entre autres, de :

- s'assurer que l'offre de service aux plans régional et local soit en conformité avec les orientations nationales;
- élaborer un plan d'action régional;
- s'entendre sur le continuum de services du programme dans l'élaboration des projets cliniques;
- recevoir les plans d'action locaux de chaque territoire et s'assurer qu'ils soient en lien avec les objectifs poursuivis aux niveaux national et régional;
- assurer le suivi de la reddition de comptes;
- élaborer un plan de travail annuel et en rendre compte au comité régional PDG-DG;
- formuler des recommandations sur l'allocation financière et statuer sur les besoins de formation des intervenants.

Le comité est formé de trois représentants de l'Agence, des responsables du programme dans les cinq centres de santé et de services sociaux; de deux représentants du Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles, d'un représentant d'une commission scolaire, d'un représentant des maisons des jeunes et d'un représentant des travailleurs de milieu.

Il y a eu une première rencontre du comité en décembre 2005 au cours de laquelle, le mandat, les rôles et responsabilités, la composition et le fonctionnement ont été précisés. Quatre rencontres sont prévues annuellement.

Comité régional MSSS-MELS

L'objectif central de l'entente de complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS) est d'assurer le développement harmonieux des jeunes, leur épanouissement et leur réussite scolaire et sociale, peu importe leur condition. Les partenaires des deux réseaux doivent donc déployer ensemble les moyens nécessaires pour que tous les jeunes de 4 à 21 ans, incluant ceux qui présentent des risques, ceux qui vivent des difficultés et ceux qui présentent une déficience aient accès, au moment requis, aux services dont ils ont besoin.

Pour ce faire, le comité régional et les quatre comités locaux ont travaillé sur les priorités communes pour 2005-2006 :

- la continuité de l'implantation de l'approche École en santé;
- une formation intitulée « L'Éducation à la sexualité : une question de sens, de repères et de limites » a été organisée à quatre endroits par l'Agence et la Direction régionale du MELS pour les intervenants du milieu scolaire et de la santé;
- une formation sur les troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) a été offerte sur le territoire. Les objectifs étaient de favoriser une compréhension commune du problème, des moyens d'intervention et des façons de travailler ensemble, ainsi que de donner une information juste et complète pour l'ensemble des intervenants et des personnes concernées des deux réseaux;
- la clarification de la complémentarité des champs professionnels suivants : orthophonie, psychologie et les services de réadaptation psychosociale.

À la demande du MSSS et du MELS, un bilan de mise en œuvre de l'entente a été réalisé à partir des informations transmises par le comité régional et les comités locaux; ce bilan couvrait la période de mars 2003 à octobre 2005.

L'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) du réseau local de services du Rocher-Percé

Ce service vise à assurer l'accès, la continuité et la complémentarité des services pour des enfants et des jeunes qui présentent des problèmes complexes ou une multiproblématique.

L'équipe est formée d'un coordonnateur auquel se joignent des agents de liaison issus de chacun des établissements qui offrent des services aux enfants, aux jeunes et à leurs parents : centre de santé et de services sociaux, centre jeunesse, centre de réadaptation, services de

pédopsychiatrie, centre de réadaptation en toxicomanie, commissions scolaires ainsi que des services de garde et organismes communautaires, s'il y a lieu.

L'année 2005-2006 correspond à la troisième et dernière année d'implantation de ce projet pilote. Depuis son implantation en avril 2003, l'ÉIJ a traité 86 situations concernant des jeunes. Les commissions scolaires ont référé 84 % des situations. La majorité des références a été faite par le milieu scolaire et les autres dans une proportion équivalente par le CR et les CSSS. Les problématiques parentales sont présentes dans 70 % des situations, la maltraitance et la négligence, les troubles de comportement et d'apprentissage étant les autres principales problématiques. On dénombre 3,1 problématiques en moyenne dans chaque situation traitée. Quant au nombre de partenaires mobilisés pour la recherche de solution, il se situe en moyenne à 3,7 par situation.

Une équipe d'intervention jeunesse, par réseau local de services, fait dorénavant partie de l'offre de service national du programme Jeunes en difficulté. Le projet pilote 2003-2006 a démontré la pertinence de déployer ce mécanisme de coordination dans l'ensemble de notre région. Les surplus accumulés au cours des trois années du projet pilote permettront la poursuite des activités de l'ÉIJ du RLS du Rocher-Percé en 2006-2007. Quant au déploiement de ce mécanisme de coordination dans l'ensemble de la région, les discussions se poursuivront au sein du comité régional de coordination et de concertation du programme Jeunes en difficulté, entre autres, sur l'organisation de ce service, sur le financement requis et sur la contribution attendue des partenaires.

Organismes communautaires

Vingt-six organismes communautaires sont classés dans le programme Jeunes en difficulté : 1 organisme régional de prévention de la violence faite aux enfants : Espace Gaspésie-Les-Îles, 2 organismes de justice alternative : Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord inc. et Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc. et 23 maisons de jeunes.

Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuel

Les représentants de l'Agence et les organismes Espace Gaspésie-Les-Îles et CALACS La Bôme-Gaspésie se sont concertés pour mettre en place une campagne de sensibilisation et d'information sur les services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans la région.

Ressources de type familial

L'Agence a alloué un montant de 50 000 $ au Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles afin de consolider le budget pour le placement en famille d'accueil.

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services en centres d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,22	3,20	3,22
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,17	0,20	0,18

COMMENTAIRES	
En cours d'année, nous allons apporter une attention particulière à l'imputation des dépenses de ces services dans les rapports financiers pour l'ensemble de nos établissements. Après vérification, il y a une erreur d'imputation au CSSS des Îles au regard des services psychosociaux, du technicien en réadaptation et de l'éducateur spécialisé en animation et loisirs qui dispensent des services en CHSLD et qui ne sont pas imputés à la mission CHSLD.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

L'année 2005-2006 fut une année charnière dans le programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement*. De grands efforts de concertation furent déployés afin de structurer l'organisation des services qui auront cours dans les cinq prochaines années.

En octobre 2005, le comité de coordination et de concertation régional a vu le jour. Ce comité, composé des établissements du réseau et des partenaires de la communauté, se veut un mécanisme de concertation et d'orientation des services offerts aux personnes âgées de notre territoire.

Le dossier majeur ayant retenu l'attention et ayant sollicité la contribution des membres fut l'élaboration du Plan d'action régional 2005-2010, du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Ce plan d'action a été adopté au conseil d'administration de l'Agence en décembre 2005.

Ce plan d'action vise à privilégier le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie et à rechercher des alternatives à l'hébergement institutionnel. Ainsi, il y a lieu d'offrir une gamme de services de 1re ligne et spécialisés adaptés aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et à ceux de leurs proches-aidants. Le secteur de l'hébergement doit aussi offrir des milieux de vie diversifiés et le plus près possible du milieu naturel des personnes âgées. Ce

plan d'action inclut aussi un volet immobilier dont l'objectif est d'adapter les installations physiques permettant l'implantation de l'approche « Milieu de vie ».

Toutes les actions menées au regard des services aux personnes âgées doivent s'appuyer sur le Plan d'action régional qui découle lui-même du Plan d'action 2005-2010 du MSSS : *Un défi de solidarité*.

D'autre part, les visites d'appréciation de la qualité de vie se sont poursuivies. Les ressources visitées en cours d'année furent, le Centre d'hébergement de Cap-Chat et des ressources non institutionnelles (RI-RTF) du territoire du CSSS de la Baie-des-Chaleurs. Les établissements concernés ont déposé leur plan d'action permettant de donner suite aux recommandations formulées par les équipes d'appréciation de la qualité. L'Agence assume le suivi des plans d'action auprès de ces établissements au regard des actions planifiées, des échéanciers et des résultats attendus.

Soutien à domicile

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services dans la communauté – personnes âgées en perte d'autonomie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	3 408	3 313	3 169
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	27,40	25,85	29,26

COMMENTAIRES	
Une baisse importante du nombre d'usagers desservis provient du Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs. Celui-ci a dû se ramener au budget alloué par l'Agence en soutien à domicile. Par contre, au Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé, une intensification de services a été déployée dans la dernière année pour combler les besoins en hébergement privé et public.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Politique de soutien à domicile

L'Agence a travaillé de concert avec les CSSS, afin de poursuivre l'implantation de la politique nationale et régionale en soutien à domicile au regard de l'harmonisation de l'offre de service d'aide domestique, d'assistance personnelle et de soutien aux proches. Des rencontres ont eu lieu avec les CSSS et les entreprises d'économie sociale, afin de consolider le partenariat et de favoriser l'adaptation des services d'aide domestique pour une réponse correspondant aux besoins des clientèles à desservir. Par contre, l'application du principe de gratuité des services, tel que défini par la Politique nationale de soutien à domicile, ne peut être appliquée.

La mesure du chèque emploi-service

Amorcé en 2004-2005, l'Agence a poursuivi en 2005-2006, le rehaussement du budget en aide à domicile pour un montant de 124 565 $ afin d'augmenter le taux horaire pour la mesure du chèque emploi-service de 7,45 $ à 8,97 $ plus les charges sociales 10,14 $.

Économie sociale

En 2005-2006, une entente a été conclue avec les corporations d'aide à domicile concernant la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux et les entreprises d'économie sociale. Ce protocole d'entente précise la nature des services en lien avec le Programme d'exonération financière pour l'aide domestique, la clientèle visée, la responsabilité des parties, le mécanisme de traitement des litiges et les modalités de financement. Afin de soutenir la collaboration attendue des entreprises d'économie sociale pour l'adaptation des services d'aide domestique pour les clientèles référées par les CSSS, l'Agence a versé un montant de 189 135 $, dont 10 285 $ pour supporter leur participation dans le cadre des travaux en cours sur l'harmonisation des services de soutien à domicile. Le tableau qui suit permet de constater l'évolution et la répartition de l'aide financière accordée aux entreprises d'économie sociale.

Subventions aux corporations d'aide à domicile dans le cadre de l'économie sociale

Organisme	Subvention $		
	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Corporation d'aide à domicile l'Essentiel Îles-de-la-Madeleine	10 000	13 000	24 528
Entre-Tiens de La Haute-Gaspésie	10 000 5 000 (1)	13 000	33 726
Multi-services corporation d'aide à domicile	10 000	17 500	35 770 10 285 (2)
Association des aînés de la MRC Rocher-Percé	10 000	16 500	33 726
Entre-Tiens Chaleurs	10 000	13 000	26 572
Entre-Tiens Avignon	10 000	12 000	24 528
Total	**65 000**	**85 000**	**189 135**

(1) (2) Budget en fiducie pour la concertation régionale avec les EESAD

Accès-logis

Dans le cadre de ce programme, l'Agence a alloué un montant non récurrent réparti entre trois maisons d'hébergement communautaire pour personnes âgées en perte d'autonomie légère soit Nouveaux horizons (20 000 $) et Logis du Bel Âge (24 000 $) aux Îles-de-la-Madeleine et la Maison des aînés de Grande-Vallée (20 000 $).

Cette subvention a permis le développement de services collectifs s'adressant à cette clientèle. Cette mesure transitoire fait actuellement l'objet d'une évaluation dans le contexte des travaux ministériels (MSSS/SHQ) visant l'élaboration d'un cadre national reconnaissant et balisant le soutien aux projets communautaires en logement social visant des clientèles spécifiques du réseau de la santé et des services sociaux.

De plus, dans le cadre du projet expérimental sur l'hébergement alternatif mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Maison des Aînés de Grande-Vallée et le CSSS de La Côte-de-Gaspé ont obtenu une subvention au montant de 253 818 $. Les services ont débuté au début de l'année 2005-2006 et permettent l'hébergement de six personnes en perte d'autonomie sévère sur le territoire de l'Estran.

SANTÉ MENTALE

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	38	38	78
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	976	976	1 208

COMMENTAIRES	
À la suite de la réception du résultat de l'indicateur l'an dernier, une analyse auprès de l'ensemble de nos CLSC a été effectuée sur l'utilisation des profils 410 (services aux personnes présentant des troubles mentaux) et 810 (services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables). Nous avons constaté que le profil 810 était utilisé avec des raisons santé mentale. Des améliorations dans la saisie ont donc été apportées.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	91	91	148
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	18	18	N/A

COMMENTAIRES	
Deux raisons viennent expliquer l'augmentation du nombre d'usagers : - l'an dernier, les données du CSSS de la Baie-des-Chaleurs étaient incomplètes. Nous n'avions que les données des 6 premières périodes; - à la suite de la définition du soutien d'intensité variable dans la communauté du *Plan d'action en santé mentale*, nous avons suggéré l'utilisation de celui-ci au lieu du suivi intensif pour les usagers desservis au CSSS des Îles.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

En ce qui concerne les indicateurs en santé mentale, la cible de 2 % de la population adulte qui a reçu des services en 1re ligne a déjà été atteinte de même que celle pour les jeunes qui doivent être vus en 1re ligne pour des problèmes de santé mentale. Cela peut s'expliquer par une meilleure utilisation des profils ainsi que par un ajout financier pour les services de 1re ligne en santé mentale pour les jeunes. Ces services de 1re ligne santé mentale pour les jeunes continueront de se développer dans les CSSS de la région. La consolidation de ces services se poursuivra en 2006-2007 permettant ainsi de se rapprocher de plus en plus de l'atteinte des seuils, tant du point de vue régional que pour chacun des CSSS. Des ajustements entre les services de 1re et de 2e ligne pour les adultes devraient aussi se poursuivre dans la prochaine année malgré l'atteinte de la cible régionale pour les services 1re ligne aux adultes.

Le soutien d'intensité variable est une composante importante de la gamme de services pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les résultats indiquent l'atteinte de la cible mais il reste tout de même du travail à accomplir dans les CSSS pour parvenir au seuil régional.

Le plan d'action en santé mentale

Le *Plan d'action en santé mentale (2005-2010)* et le projet de loi 83 ont modifié les rôles et les responsabilités de l'Agence et des centres de santé et de services sociaux. Ainsi, la direction de la santé mentale du MSSS a élaboré un outil de gestion conjoint aux trois paliers pour assurer le suivi du *Plan d'action en santé mentale (2005-2010)*. Cette démarche mieux connue sous l'acronyme d'OASIS (Outil d'Alimentation de Systèmes d'Information Sociosanitaire) procure des données de base par type de service. De plus, cet outil permet d'obtenir une estimation la plus précise possible de l'offre de service déployée sur chaque territoire de CSSS. Il permet aussi d'assurer le suivi de l'actualisation du *Plan d'action en santé mentale (2005-2010)*.

Par ailleurs, plusieurs travaux ont été entrepris en 2005-2006 et verront leur aboutissement dans la prochaine année. Entre autres, mentionnons le comité sur le cadre de financement des maisons d'hébergement multiclientèles, les travaux sur la psychiatrie légale et la finalisation du contour financier du programme Santé mentale en parallèle avec la cueillette de données OASIS. Cet outil informatisé permettra de mettre en perspective les coûts des services déployés sur notre territoire et ceux associés à la gamme de services du *Plan d'action en santé mentale* pour les adultes et les jeunes.

L'Agence entend poursuivre dans la prochaine année la consolidation du financement des services d'hébergement communautaire pour la clientèle en santé mentale. La finalisation en décembre 2006 de la cueillette de données OASIS permettra d'obtenir des informations pertinentes sur l'estimation de l'offre de service versus la consommation réelle. Ces informations pourront être utilisées dans les projets cliniques.

Comité régional de coordination et de concertation

Afin d'être en soutien au projet clinique et d'actualiser dans la région le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, l'Agence a mis en place un mécanisme de coordination et de concertation par programme-service. Le comité en santé mentale est formé de représentants de chacun des centres de santé et de service sociaux, du Centre jeunesse, d'un omnipraticien, d'un psychiatre, d'un parent, d'un utilisateur de services et de deux représentants d'organismes communautaires.

Unité de réadaptation pour la clientèle avec des troubles graves de comportement associés à une problématique de santé mentale

Le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles a mis en place une unité de réadaptation de sept places dont une place de dépannage pour la clientèle des adolescents de 12-17 ans. Cette unité reçoit une clientèle qui présente des troubles graves de comportement associés à des problèmes de santé mentale. Les intervenants bénéficient, quant à eux, du soutien de la part du service de pédopsychiatrie du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Le budget de fonctionnement de cette ressource est assumé conjointement par l'établissement et l'Agence qui s'est engagée à un financement de 350 000 $ sur deux ans. Un premier montant de 175 000 $ provenant des budgets de développement a été versé au Centre jeunesse en 2005-2006.

Services de première ligne pour la clientèle de moins de 18 ans en santé mentale

Afin de consolider les services psychosociaux et de psychologie de première ligne dans les CSSS pour les enfants et les jeunes qui présentent des troubles mentaux, l'Agence a alloué une somme de 303 838 $ sur deux ans dont la dernière tranche au montant de 150 000 $ en 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Séjour moyen sur civière	10,1	10,1	12,1
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	10,7	10,7	15,0
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,9	0,5	3,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,1	0,8	6,1

COMMENTAIRES

En 2004-2005, ces indicateurs ne reflétaient pas la réalité, puisqu'ils ne mesuraient pas l'ensemble des centres hospitaliers de la région. En effet, deux centres hospitaliers n'étaient pas inscrits au Registre, car leur nombre de lits de soins aigus était inférieur à 50. Cette situation a été corrigée pour l'année 2005-2006.

Le fait d'ajouter ces urgences modifie les taux d'occupation. Le Centre hospitalier de l'Archipel a d'ailleurs fait l'objet d'une analyse des problématiques reliées à l'Urgence par le Dr Yves Bolduc, engagé à titre de consultant. À la suite de cette analyse, des recommandations ont été émises et certaines mesures sont déjà en place. Cependant, l'effet de ces mesures ne se fera pas sentir avant quelques mois.

Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Commentaires (suite) : En ce qui concerne le CSSS de La Haute-Gaspésie, une visite du Comité de coordination national des urgences a également eu lieu. Des recommandations ont été faites et transmises à la direction de l'établissement pour élaboration et dépôt d'un plan de travail.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	424	424	464
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,67	14,67	14,27

COMMENTAIRES	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

L'Agence a également supporté le projet de la maison Le Radeau à Chandler, dédié aux soins palliatifs et assisté différents partenaires impliqués dans le projet afin de l'actualiser. L'ouverture est prévue en 2006.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, ou d'une arthroplastie du genou, ou d'une chirurgie de la cataracte, ou d'une chirurgie d'un jour, ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	48	43	57
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	74	49	89
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	486	472	511
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	2 075	2 227	2 937
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 626	1 712	2 020

COMMENTAIRES	
Nous ne pouvons pas émettre de commentaires sur l'atteinte des résultats, puisque les données dont nous disposons ne proviennent pas de la même source. En effet, les données sur les cibles sont issues de la banque de données MED-ÉCHO et celle des résultats de l'application WEB FILAW.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Taux d'utilisation du service Info-Santé	0,322	0,320	0,293

COMMENTAIRES	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Le service INFO-SANTÉ dessert actuellement toute la région sur le plan de la santé physique; il est de plus relié au système SCIAD; sa performance est excellente que cela soit en terme de temps de réponse ou de la qualité de ces réponses. Dans la foulée de la réingénierie du service au plan provincial, le service sera rajeuni physiquement afin de permettre le rattachement du service régional au reste du réseau provincial et éventuellement de développer le service INFO-SOCIAL.

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 767	2 767	2 344
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,80	3,80	3,68

COMMENTAIRES	
Une modification au centre d'activité 6562 explique la diminution du nombre d'usagers et en bonne partie la diminution du nombre d'interventions. En effet, en 2004-2005, les services de psychologie étaient inclus dans le c.a. 6562, mais pas en 2005-2006. La psychologie a maintenant son propre c.a., soit le 6564. Ce c.a. n'a pas été retenu dans les paramètres du calcul de l'indicateur. Si on utilise les paramètres de calcul des indicateurs 2006-2007 sur les données 2005-2006, nous constatons une légère hausse du nombre d'usagers, soit un total de 2 841 usagers, et une légère diminution du nombre moyen d'interventions qui se situe à 3,73.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Le projet médical régional

La documentation et la rédaction du document ont été complétées en cours d'année. D'autres travaux ont également été réalisés, entre autres :

- le portrait de consommation des services sur une base régionale mais aussi territoriale, pour chacun des CSSS;
- nouveau PREM 2006; un plan triennal (2007-2009) est en préparation.

La consultation des différentes instances est débutée; elle se poursuivra dans les prochains mois de façon à produire un projet final pour présentation au conseil d'administration de l'Agence.

RUIS-Université Laval

La Direction générale et la Direction des affaires médicales et de santé physique ont participé aux rencontres mensuelles du comité de direction du RUIS de l'Université Laval; un plan de travail a été réalisé et sera actualisé dans les prochains mois. Les principaux dossiers qui ont retenu l'attention étaient : les plans d'effectifs médicaux, les ruptures de service, la télésanté, les spécialités dites de 3e ligne.

Projet d'unité mobile de résonance magnétique

Sous la supervision d'un conseiller-cadre à la direction générale, un comité consultatif s'est réuni à quatre reprises afin de choisir une firme de génie biomédical qui aiderait au processus d'appel d'offres pour acquérir l'unité mobile, d'effectuer les visites nécessaires sur les sites des trois compagnies retenues à l'appel d'offres, d'étudier les propositions des firmes retenues, de faire le choix d'une firme, d'assurer le suivi de la construction des vestibules, etc.

Les premiers examens devraient être effectués au CSSS de la Baie-des-Chaleurs en octobre 2006. Le site de La Haute Gaspésie devrait aussi être opérationnel en même temps. Les autres sites seront développés à la suite de ceux-ci.

Les CSSS de la région seront copropriétaires à part égale de l'équipement et ils agiront comme établissement gérant à tour de rôle.

Pour les quatre premières années, le CSSS de la Baie-des-Chaleurs et le CSSS du Rocher-Percé agiront conjointement comme établissement gérant.

Programme de lutte contre le cancer

Le déploiement du programme s'est poursuivi, un comité d'experts du MSSS a procédé à une tournée des établissements de la région afin de procéder à l'agrément des équipes et du programme qui les sous-tend. Un rapport avec des recommandations a été produit et celles-ci ont fait l'objet d'un suivi.

SCIAD (Suivi clinique intelligent à domicile)

Implanté en 2003 dans la Baie-des-Chaleurs, ce projet-pilote a été repositionné et le déploiement s'est poursuivi dans les secteurs du CSSS du Rocher-Percé et du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Actuellement, environ 75 personnes utilisent le système.

Comité régional de consultation et de concertation en santé physique

Ce comité a commencé à siéger et fournira bientôt son plan de travail, pour la prochaine année. Une représentante du CSSS du Rocher-Percé assurera la présidence de ce comité.

Comités d'expertise :

- **Comité des affaires médicales** : son mandat consiste notamment à collaborer, à la demande du comité régional PDG-DG, à l'identification des orientations eu égard à la révision de l'organisation des services médicaux, à s'assurer d'une compréhension commune des orientations régionales retenues pour les services médicaux par le comité régional PDG-DG et de l'appropriation de celles-ci et à élaborer un plan d'action régional assurant la concrétisation de ces orientations pour les services médicaux. Il y a eu jusqu'à présent deux rencontres et une conférence téléphonique par mois; un plan de travail a également été produit. Il touche particulièrement les fonctions régionales hospitalières, les PREM et le projet médical régional;

- **Comité des services des soins infirmiers** : la présidence est assurée par la représentante du CSSS du Rocher-Percé. Il y a eu deux rencontres. Un plan de travail a également été préparé; il priorise particulièrement le financement d'infirmières en prévention des infections, les transports ambulanciers, l'évaluation de l'intensité de la charge infirmière, etc. Ce comité a notamment pour mandat de collaborer, à la demande du comité PDG-DG, à l'identification des orientations au regard de l'organisation des services infirmiers; de s'assurer d'une compréhension commune des orientations retenues pour les services infirmiers par le comité PDG-DG, ainsi que de l'approbation de celles-ci et d'assurer la concertation, la coordination et la cohérence des actions mises en œuvre pour l'application des orientations retenues pour les services infirmiers.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie s'est réuni à trois reprises. Les travaux ont porté sur la révision et l'adoption du *Plan régional en traumatologie* et le suivi de certaines mesures inscrites dans ce plan. Le comité a déposé des recommandations au regard de l'orientation à privilégier pour la prise en charge des traumatisés cranio-cérébraux (TCC) légers à modérés. De plus, des démarches sont présentement amorcées pour la réalisation du projet de formation aux infirmières oeuvrant auprès des clientèles touchées par les TCC.

Les groupes de médecine de famille (GMF)

En Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, un groupe de médecine de famille est accrédité depuis avril 2003 en Haute-Gaspésie. Ce GMF comprend quatre sites : deux à Ste-Anne-des-Monts, un à Cap-Chat et un à Mont-Louis. Il offre des services de médecine de famille à 3 736 personnes inscrites auprès d'un de ces médecins. Le GMF Haute-Gaspésie a connu son premier renouvellement d'accréditation le 7 avril 2006, et ce, pour une durée de trois ans.

Trois autres projets d'implantation de GMF sont en préparation dans la région. À avoir, le GMF Grand-Gaspé, le GMF du Rocher-Percé et enfin, le projet GMF Îles-de-la-Madeleine.

Les groupes de médecine de famille (GMF) regroupent des médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille. Les membres du GMF travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (notamment les travailleurs sociaux, les pharmaciens, etc.) ainsi qu'avec les établissements, les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Le comité de direction du DRMG s'est réuni à six reprises au cours de l'année pour traiter de sujets liés à l'organisation des services généraux sur le territoire comme les effectifs (PREM en omnipratique, désignations des boursiers, avis de conformité, activités médicales particulières, lettres d'entente, MDHCEU) et les services (garde en disponibilité, GMF, projet médical régional).

À la suite de la démission d'un membre, le D[r] Antoine Groulx de la Côte-de-Gaspé s'est joint au comité de direction du DRMG le 16 mars 2006.

Membres du comité de direction du DRMG

NOM	*Territoire*
D[r] Robert Benguerel	Baie-des-Chaleurs
D[r] Simon Prévost	Baie-des-Chaleurs
D[r] Sébastien Toussaint	Baie-des-Chaleurs
D[re] Évelyne Desaulniers	Côte-de-Gaspé
D[r] Antoine Groulx	Côte-de-Gaspé
D[r] Michel-Xavier Simard	Haute-Gaspésie
D[r] Pierre Cartwright	Îles-de-la-Madeleine
D[r] Claude Mercier, chef	Rocher-Percé

Un représentant du PDG, en l'occurrence le directeur des affaires médicales et de santé physique, siège au comité de direction.

Les effectifs médicaux

➢ Effectifs médicaux en omnipratique

La région, comme ailleurs au Québec, continue de vivre une pénurie de ses effectifs médicaux en omnipratique. Cette année, le *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) a connu 10 départs et 11 nouvelles arrivées en omnipratique, ce qui situe le niveau d'atteinte du PREM à 71,7 % :

Évolution des effectifs médicaux en omnipratique					
Besoins estimés PREM 2005–2006	**Effectifs installés au 31 mars 2004**	**Effectifs installés au 31 mars 2005**	**Effectifs installés au 31 mars 2006**	**Écart**	**Niveau d'atteinte du PREM en omnipratique**
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(4) – (1)**	**(%)**
187 ETP*	134	133	134	- 53	71,7 %

L'ETP (équivalent temps plein) est défini comme un médecin exerçant 43 heures/semaine, 44 semaines/année.

➢ Effectifs médicaux en spécialités

Malgré les efforts déployés par les centres de santé et de services sociaux, l'installation d'effectifs médicaux en spécialités dans les établissements de la région s'avère difficile. L'Agence procède actuellement à l'élaboration du *Plan régional des effectifs médicaux* (PREM) en spécialités pour la période 2007-2009, et un écart important entre les effectifs en place et le PREM 2006 sera observé. Les effectifs à recruter sont parfois plus importants que les effectifs au PREM car ils témoignent des besoins réels reconnus par l'Agence.

La difficulté de combler les PREM est propre aux régions éloignées, particulièrement, dans les disciplines de base telles : l'anesthésiologie, la chirurgie générale, la radiologie diagnostique et la psychiatrie.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉS					
Effectifs autorisés par le MSSS au 31 mars 2006 (1)	Effectifs installés au 31-03-2005 (2)	Effectifs installés au 31-03-2006 (3)	Perte ou gain net au cours de l'année 2005-2006 (4) = (3) – (2)	Écart avec le PREM en spécialités (5) = (1) – (3)	Niveau d'atteinte du PREM en spécialités (6)
96	72	70	2	26	72,9 %

SPÉCIALITÉS MÉDICALES	PREM 2006	EFFECTIFS en place	Effectifs à recruter
Anatomopathologie	2	1	1
Anesthésie	13	10	4
Chirurgie générale	11	11	1
Chirurgie orthopédiique	5	5	0
Dermatologie	2	1	1
Gastro-entérologie	1	0	1
Gériatrie	1	0	1
Médecine interne	17	12	5
Médecine nucléaire	1	0	1
Obstétrique-gynécologie	6	6	1
Ophtalmologie	4	2	2
Oto-rhino-laryngologie	2	2	0
Pédiatrie	6	3	3
Psychiatrie adulte	12	8	4
Pédopsychiatrie	2	2	0
Radiologie diagnostique	9	6	3
Santé communautaire	2	2	0

Les mesures incitatives non négociées

L'exercice de la médecine sur le territoire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est un choix d'excellence pour tous les médecins qui désirent une vie professionnelle autonome, une pratique personnalisée et un haut niveau de complémentarité entre les médecins de famille et les spécialistes ainsi qu'avec les autres professionnels de la santé.

Afin de favoriser l'installation de médecins dans notre région, il existe plusieurs mesures incitatives non négociées. Une de ces mesures de promotion de la pratique réside dans la décentralisation de la formation médicale. Celle-ci permet aux étudiants en médecine ainsi qu'aux résidents de connaître et d'être exposés très tôt à la réalité de la pratique médicale dans notre région. D'autres mesures comme le programme de bourses de formation spécialisée, les primes d'installation et de maintien ainsi que le Fonds de promotion de recrutement et de maintien, constituent des mesures complémentaires et de soutien à l'installation et au maintien de médecins dans notre région.

Pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, c'est 1 051 912 $ qui est consacré à la formation, la promotion et à l'installation et au maintien des médecins.

Mesures incitatives non négociées	Sommes versées 2005-2006
Primes et bourses	
Primes d'installation	146 500 $
Primes de maintien	586 238 $
Bourses de formation spécialisée	15 000 $
Total Mesures	747 738 $
Promotion, recrutement et maintien	
Matériel promotionnel	61 888 $
Publicité	7 269 $
Activités de promotion	64 081 $
Frais de déplacement pour les activités	70 299 $
Total Promotion, recrutement et maintien	203 537 $
Emplois et stages d'été	
Transport	7 653 $
Logement	17 640 $
Salaire	44 551 $
Allocation forfaitaire	18 560 $
Total Emploi et stages d'été	88 404 $
Stages d'immersion clinique et stage d'apprentissage par problèmes en communauté	
Transport	6 716 $
Logement	4 080 $
Allocation forfaitaire	1 388 $
Total Stages d'immersion clinique	12 184 $
TOTAL Mesures incitatives	**1 051 863 $**

Projet de promotion de recrutement de la rétention des médecins

Ce projet a vu le jour au printemps 2005 et vise à développer une stratégie régionale de promotion de la pratique médicale, et ce, de façon concertée avec les établissements. Parmi les réalisations, mentionnons la conceptualisation et la réalisation d'un kiosque régional (partie locale utilisable pour chacun des établissements), la publication du premier numéro de la revue l'*Antidote* grâce au travail d'un chargé de projet et du comité aviseur composé d'un représentant de chacun des établissements et de l'Agence. La réalisation d'un site web et la production de matériel audio-visuel sont les prochaines activités à réaliser.

Déchets biomédicaux, aiguilles et seringues

Afin de réduire le nombre de seringues et d'aiguilles qui se retrouvent dans des endroits inappropriés (ordures ménagères, bacs de recyclage, parcs, etc.) et pour réduire par conséquent, l'inquiétude, les accidents et les risques d'infections, le MSSS a mis en place un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées. Celui-ci consiste en la distribution gratuite de contenants aux personnes qui utilisent des seringues et des aiguilles à des fins domestiques. Ces contenants sécuritaires sont disponibles dans les CLSC et les pharmaciens de la région. Une fois remplis, les contenants sont rapportés au CLSC ou à la pharmacie, ceux-ci verront à les éliminer de façon sécuritaire.

Un échéancier des étapes à réaliser pour la mise en place du Programme de récupération des seringues et aiguilles usagées a été préparé. Des lettres ont été acheminées aux établissements et aux pharmacies concernés par le programme, pour les informer des procédures pour la distribution et la récupération des boîtes pour les déchets biomédicaux.

Télésanté

C'est le RUIS-UL (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval) qui a reçu du MSSS le mandat du développement de la télésanté pour son territoire de desserte. La télésanté consiste en un moyen de rendre par télécommunication des soins et des services de santé, de services sociaux, préventifs ou curatifs. On y inclut également les échanges audiovisuels à des fins d'information, d'éducation et de recherche ainsi que le traitement de données cliniques et administratives. La télésanté comprend plusieurs volets dont l'imagerie médicale (PACS), la télépathologie, la téléconsultation, etc. La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est impliquée dans le projet de Télésanté depuis ses débuts, à titre de partenaire du RUIS-UL.

C'est le volet PACS qui a retenu notre attention au cours de l'année 2005-2006. L'Agence a participé à la phase 1 du projet, c'est-à-dire l'évaluation des coûts de rehaussement des équipements requis pour le PACS. Pour l'heure, la phase 1 du projet PACS a permis de mettre en lumière le fait que la région ne possède pas de Système d'information en radiologie (SIR), préalable à l'application du PACS et une demande financière a été faite dans ce sens.

Plan d'action régional (PAR) et plan d'action local (PAL) de santé publique

Au cours de l'année 2005-2006, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a poursuivi la mise en œuvre du Plan d'action régional (PAR) de santé publique tandis que trois des cinq centres de santé et de services sociaux ont jusqu'à maintenant adopté leur plan d'action local (PAL). L'adoption de ces plans constitue des obligations de la Loi sur la santé publique et ont pour objet d'encadrer les différentes fonctions de la santé publique, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et, enfin, la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer des épidémies au sein de la population.

Comité régional sur le Programme de santé publique

Les travaux d'élaboration et de mise en œuvre du plan régional et des plans locaux de santé publique sont soutenus et s'inscrivent au cœur des préoccupations de la structure de gestion, de coordination et de concertation de l'Agence avec les établissements de santé et de services sociaux de la région et les partenaires concernés. En effet au cours de l'année 2005-2006, un comité régional sur le Programme de santé publique a été créé et s'est réuni à trois reprises.

Ces rencontres ont notamment permis de :

- tracer l'état d'avancement des travaux d'élaboration et d'implantation du plan d'action local de santé publique dans chaque CSSS;
- dégager une vision plus précise des opportunités et des enjeux actuels pour garantir à l'échelle locale, l'accès, la qualité, l'efficience et l'efficacité des activités et programmes de santé publique auxquels la population est en droit de bénéficier;
- cerner les meilleures stratégies pour garantir à l'échelle locale, l'accès, la qualité, l'efficience et l'efficacité des activités et programmes de santé publique;
- s'entendre sur les stratégies à retenir pour l'élaboration d'un plan de travail 2006-2007 du comité régional sur le Programme de santé publique.

Le comité a fait approuver son plan de travail 2006-2007 par le comité régional PDG-DG. Les faits saillants de ce plan de travail sont :

- l'achèvement, là où ce n'est pas déjà fait, de l'élaboration du PAL de santé publique;
- la nomination par le CSSS d'un cadre ayant pour mandat de porter le Programme de santé publique au local et la précision de ses responsabilités;
- la création ou le maintien d'un comité local sur le PAL de santé publique;
- la protection des activités de santé publique dans les CSSS;
- la réalisation d'un événement local de présentation du portrait local de santé de la population, des actions locales de santé publique comprises dans le PAL.

Activités de santé publique réalisées en 2005-2006 : grands domaines d'intervention du PAR

Précisons qu'à l'instar du PAR, les grands domaines d'intervention à l'intérieur desquels sont décrites les activités de santé publique réalisées en 2005-2006 sont les suivants :

- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles;
- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes;
- les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes;
- les traumatismes non intentionnels;
- les maladies infectieuses chez les adultes;
- la santé environnementale;
- la santé au travail.

Dans ce qui suit, seront présentés les programmes retenus ainsi que les actions réalisées en 2005-2006 par la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux, en lien avec chacun des domaines d'intervention ci-dessus énumérés. S'ajoute deux dossiers en lien avec la fonction de surveillance de l'état de santé de la population.

Domaine 1 :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies infectieuses chez les jeunes et les familles

Les objectifs poursuivis auprès des jeunes et de leur famille

A. PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

- Réduire le taux de prématurité.
- Réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g).
- Réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale.
- Que d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant, et de 20 % à 1 an. (*L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices, 2001*, p. 29).
- Que d'ici 2007, 80 % des parents d'enfants de 0-4 ans reçoivent de l'information sur les saines habitudes alimentaires et le brossage des dents.
- Réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale.
- Réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons.
- Augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).

B. PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

- Réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents.
- Réduire les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents.
- Maintenir à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes.
- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.
- Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale.
- Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

C. LES HABITUDES DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES

- Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire.
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.
- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.
- Prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents.
- Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.
- Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

A. PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Promotion et prévention – jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année, rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté.	60 %	60 %	61,9 %

COMMENTAIRES
À l'automne 2005, nous procédions au déploiement de la fiche périnatalité. Les données de la fiche périnatalité serviront notamment à faire le suivi des indicateurs de gestion sur les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. En novembre 2005, les intervenants concernés ont reçu une formation spécifique à ce sujet. À cette occasion, nous leur avons présenté le guide d'application et leur avons également rappelé les critères qui définissent les clientèles vulnérables admissibles aux services spécifiques. Par la suite, les CLSC ont effectué une prise d'inventaire rétroactive au 1er avril 2005. Ils devaient saisir les données pour l'ensemble des femmes qui recevaient des services spécifiques au 1er avril 2005. Cette prise d'inventaire a eu lieu entre les mois de décembre 2005 et février 2006. Les premiers résultats ont été produits par la RAMQ à la suite de la transmission des données de la période 11. Au mois de mars dernier, on procédait à une première analyse de ces résultats. Conséquemment, les CLSC ont été interpellés pour qu'ils procèdent à une validation de leurs résultats et, au besoin, effectuer les corrections. **ANALYSE DES RÉSULTATS TRANSMIS À LA P13** **Numérateur** L'indicateur concerne les clientèles qui correspondent aux critères d'admission et qui reçoivent l'intensité des services prévus au programme. Il semble que certains CLSC ont inscrit la clientèle au service spécifique alors qu'elle ne recevait pas toujours l'intensité des services prescrits. Éventuellement, on pourra vérifier, dans la banque de données I-CLSC, l'intensité des services reçus. Pour cette raison, en ce qui a trait au numérateur, **le résultat (65) nous semble surestimé**. **Dénominateur** En ce qui concerne le dénominateur, la source de données officielle est la dernière année disponible (2002-2003) du fichier des naissances. Pour une région comme la nôtre, on peut observer des variations annuelles significatives dans les différents territoires de CLSC. De plus, comme nous sommes dans un contexte de dénatalité, il faut être prudent quand il s'agit de faire une projection à partir des résultats d'une année antérieure. Précisons également qu'on ne tient pas compte du facteur de faible revenu. Pour ces raisons, nous croyons que **cette valeur (105) est surestimée** et doit être utilisée avec circonspection. **Résultat de l'indicateur** Étant donné que les valeurs du numérateur et du dénominateur semblent surestimées, il est difficile de porter un jugement sur la proportion de la clientèle rejointe. Malgré tout, une évaluation de la situation sur le terrain nous permet d'affirmer que **le résultat de 61,9 % est surestimé.** **RECOMMANDATIONS** **Numérateur** De façon à rendre les données comparables d'un CLSC à l'autre, il est recommandé d'acheminer une directive aux CLSC pour harmoniser leur saisie de données pour l'année 2006-2007. Cette directive sera à l'effet de ne comptabiliser que les femmes recevant l'intensité des services prescrits aux SIPPE - **Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté**. Conséquemment, on devrait observer une baisse de la proportion de la clientèle qui sera rejointe l'an prochain. **Dénominateur** Au plan régional, puisque les formulaires SP-1 (bulletin des naissances) sont compilés au fur et à mesure, on pourrait utiliser cette information pour effectuer le suivi des indicateurs et déterminer la proportion de la clientèle rejointe. Un mois après la fin d'une période financière, la plupart des bulletins des naissances ont été reçus. Cependant, il arrive que des femmes vivant sur le territoire de Malauze accouchent au Nouveau-Brunswick et les avis nous parviennent tardivement. Notons également que des modifications ont été apportées au formulaire du bulletin de naissances, qui rendent plus difficile l'identification du niveau de scolarité.

Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Promotion et prévention – jeunes et familles
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet Programme de soutien aux jeunes parents	83 %	83 %	70,7 %

COMMENTAIRES

À l'automne 2005 nous procédions au déploiement de la fiche périnatalité. Les données de la fiche périnatalité serviront notamment à faire le suivi des indicateurs de gestion sur les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

En novembre 2005, les intervenants concernés ont reçu une formation spécifique à ce sujet. À cette occasion, nous leur avons présenté le guide d'application et leur avons également rappelé les critères qui définissent les clientèles vulnérables admissibles aux services spécifiques. Par la suite, les CLSC ont effectué une prise d'inventaire rétroactive au 1er avril 2005. Ils devaient saisir les données pour l'ensemble des femmes qui recevaient des services spécifiques au 1er avril 2005. Cette prise d'inventaire a eu lieu entre les mois de décembre 2005 et février 2006.

Les premiers résultats ont été produits par la RAMQ à la suite de la transmission des données de la période 11. Au mois de mars dernier, on procédait à une première analyse de ces résultats. Conséquemment, les CLSC ont été interpellés pour qu'ils procèdent à une validation de leurs résultats et, au besoin, effectuer les corrections.

ANALYSE DES RÉSULTATS TRANSMIS À LA P13

Dans le cas du **numérateur**, selon toute vraisemblance, **le résultat (29) correspond à la réalité**. Les critères d'admission et l'intensité des services prévus sont respectés.

Dans le cas du **dénominateur**, les réserves émises plus haut s'appliquent également. Dans ce cas-ci, seul le facteur de l'âge est considéré. **Le résultat (41) est** sans doute **surestimé**.

Résultat de l'indicateur
Étant donné que la valeur du dénominateur semble surestimée, il est difficile de porter un jugement sur la proportion de la clientèle rejointe. Cependant, tout nous porte à croire que **le résultat (70,7 %) est sous-estimé et s'approcherait davantage de 80 %**. Les données du bulletin des naissances corroborent cette estimation.

Nom :	Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

➢ Services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (0-5 ans) pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants

Les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance devraient comprendre un volet de services dits universels, c'est-à-dire s'adressant à toutes les femmes enceintes et à leur entourage, ainsi qu'un volet de services dits sélectifs, c'est-à-dire s'adressant aux femmes enceintes, aux mères, aux pères et aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Au cours de la dernière année, la DSP a poursuivi son travail de soutien pour la poursuite de l'implantation des services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et

petite enfance. Pour ce faire, une tournée des territoires de CSSS a été organisée. Celle-ci visait à mieux faire connaître aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à certains de leurs partenaires, les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance et à stimuler la consolidation de ceux-ci.

Toujours en vue de soutenir l'implantation des services intégrés en périnatalité et petite enfance, la DSP a organisé une formation intitulée Intervention auprès des jeunes parents : pistes de réflexion et partage d'expériences. L'objectif visé était de permettre une sensibilisation à l'intervention auprès des parents de moins de vingt ans, un partage d'expériences et une réflexion sur la pratique des intervenants et des partenaires.

- **Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille**

Le Programme d'aide à l'action concertée (PAAC) vise à soutenir la concertation pour offrir des services de prévention aux jeunes vulnérables et à leur famille. Le PAAC permet ainsi de soutenir les activités de Carrefour-Ressources, Family Ties, Halte-Parents de la Vallée, Parenfant de Gaspé, Partagence, qui sont tous des organismes offrant principalement des activités de développement des capacités parentales, de soutien parental et de stimulation infantile. De plus, ces allocations permettent à l'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie de poursuivre l'implantation des Sessions d'ateliers interactifs de sensibilisation, d'information et de réflexion (SAISIR) qui visent à prévenir la violence dans les relations amoureuses auprès des élèves de secondaire III.

De son côté, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) est un programme fédéral mené conjointement avec le gouvernement du Québec pour répondre aux besoins des enfants vulnérables et de leur famille. Un total de onze projets ont été financés cette année dans la région.

B. PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

- **Programme de prévention du suicide chez les enfants et chez les jeunes en milieu scolaire**

L'implantation du Programme d'intervention-suicide en milieu scolaire primaire en collaboration avec les commissions scolaires de la région et de certains de leurs partenaires du réseau de la santé, s'est poursuivie en 2005-2006. Ce programme comporte trois volets d'intervention : intervention en situation de crise suicidaire, intervention à la suite d'une tentative de suicide, intervention à la suite d'un suicide. Le programme comprend un guide à l'intention des intervenants, un autre à l'intention des directeurs des écoles et un troisième à l'intention du personnel scolaire.

La DSP, par l'intermédiaire de son équipe régionale d'expertise en prévention du suicide est maître-d'œuvre de ce processus d'implantation. En effet, la DSP développe et dispense aux intervenants de l'équipe-école, la formation spécifique sur la problématique du suicide et sur les stratégies d'intervention auprès des enfants d'âge scolaire primaire. De plus, elle coordonne l'organisation des rencontres de sensibilisation ciblant les membres du personnel scolaire des écoles primaires concernées.

Par ailleurs, avec le concours d'un consultant-expert, la DSP a entrepris une démarche d'évaluation du Programme d'intervention-suicide en milieu scolaire primaire dans les trois commissions scolaires francophones de la région où celle-ci a été implantée. Cette évaluation se déroulera sur une période d'environ une année, soit du printemps 2006 au printemps 2007, la diffusion des résultats étant prévue de l'été à l'automne 2007.

Dans le cadre de cette démarche d'évaluation, un regard critique sera posé sur l'implantation du Programme d'intervention-suicide à l'école primaire, ainsi que sur sa gestion et son application dans la pratique (fonctionnement).

Au terme de la démarche d'évaluation, tous les acteurs impliqués (gestionnaires, intervenants, personnel scolaire) ainsi que les clientèles visées (élèves et parents touchés par le problème du suicide) dans ce programme, pourront tirer profit des informations et constats qui seront dégagés, et ce, afin de bonifier l'intervention offerte.

Finalement, concernant les milieux scolaires secondaire et collégial, une mise à jour de la formation à l'intervention lors de situation de crise suicidaire a été dispensée à de nouveaux membres des équipes-écoles de la polyvalente de Paspébiac et du Cégep de la Gaspésie et des Îles.

➢ Programme de prévention de la violence envers les jeunes et dans les relations entre jeunes

Au cours de l'année 2005-2006, la DSP a poursuivi son soutien à l'implantation en milieu scolaire primaire et secondaire des programmes de sensibilisation et de prévention de toutes les formes de violence (verbale, psychologique, physique, sexuelle) à l'endroit des enfants et des adolescents : ESPACE, SAISIR.

C. LES HABITUDES DE VIE DES ENFANTS ET DES JEUNES

➢ Programme de prévention et de cessation du tabagisme

La DSP en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a offert deux spectacles *In Vivo* gratuits aux jeunes de premier, deuxième et troisième secondaire de la région. Ce spectacle vise à sensibiliser les jeunes aux méfaits du tabac sur leur santé. Cinq représentations du spectacle ont été offertes faisant en sorte que quelque 500 jeunes ont pu assister au spectacle dans une école secondaire de la région.

Par ailleurs depuis 2001, le MSSS soutient *La gang allumée pour une vie sans fumée*, lequel est un programme de mobilisation de la jeunesse québécoise face à la problématique du tabagisme. Treize projets ont été soutenus cette année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, soit sept projets en maison de jeunes et six dans autant d'écoles secondaires.

Par ailleurs, le Défi « *J'arrête, j'y gagne!* » a été lancé à l'échelle de la province. Le Défi invitait les personnes à cesser de fumer pour une période minimale de six semaines. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, en 2006, un total de 56 jeunes se sont inscrits au Défi.

Finalement, dans le cadre de l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac et de la mesure visant l'interdiction de fumer sur la cour d'école, le MSSS a octroyé à notre région un montant non

récurrent de 21 128 $. La DSP a décidé d'attribuer ce montant aux écoles secondaires de son territoire, puisque c'est à ce niveau scolaire où le nombre d'élèves fumeurs est le plus élevé. Pour recevoir un financement les écoles devaient préalablement soumettre un projet dans le cadre du concours « Bourse école active » de Kino-Québec qui favorise l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

➢ Programme de promotion de l'activité physique

L'école étant un des principaux milieux de vie des enfants et des adolescents, celle-ci est souvent ciblée par les activités de Kino-Québec. Ainsi, le concours « Bourse école active » a été lancé en février 2006 auprès des écoles primaires et secondaires, et ce, pour la cinquième année consécutive. Une « école active » est une école qui offre à ses élèves et à son personnel un environnement physique, social et organisationnel qui favorise l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Elle propose donc un mode de vie basé sur une saine alimentation, ainsi que la pratique sécuritaire d'activités physiques pendant les cours, les loisirs et les déplacements. Pour l'édition 2006 du concours « Bourse école active », les écoles pouvaient proposer un projet portant sur :

- l'aménagement ou l'achat de matériel favorisant l'activité physique;
- la nutrition;
- la promotion de la sécurité dans les activités physiques et sportives;
- l'animation de la cour d'école;
- l'implantation de la cour d'école sans tabac.

Un total de 32 projets ont été soumis par les écoles primaires et secondaires de la région et parmi ceux-ci 29 se sont mérités une bourse, soit 18 projets en milieu scolaire primaire et 11 en milieu secondaire.

Par ailleurs, les écoles primaires ont été incitées à prendre part à la journée internationale « Marchons vers l'école », laquelle vise à promouvoir la marche comme moyen de se rendre à l'école, tout en assurant la sécurité des enfants. Six écoles primaires de la région ont pris part activement à cette journée.

La campagne « Plaisirs d'hiver » vise à promouvoir l'activité physique hivernale et à maximiser l'usage collectif des installations existantes de notre région. Par une campagne promotionnelle d'envergure ciblant les familles avec des enfants et des adolescents, « Plaisirs d'hiver » a invité la population à découvrir ou à redécouvrir les joies de l'hiver en rendant facilement accessibles les patinoires publiques et en animant celles-ci. Pour le volet scolaire de cette campagne, sept écoles ont offert des activités à leur clientèle et à leur communauté.

➢ Programme de santé dentaire

La DSP a poursuivi son soutien aux CLSC en vue d'un suivi préventif individualisé en milieu scolaire, afin que les enfants de la maternelle à la troisième année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé dentaire.

D. LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

Se référer au Domaine 5 : Les maladies infectieuses du présent rapport annuel.

E. INTERVENTION GLOBALE ET CONCERTÉE EN MILIEU SCOLAIRE : ÉCOLE EN SANTÉ

L'approche « École en santé » convie le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention, dans le respect de la mission éducative de l'école. Elle trouve écho dans le Programme de formation de l'école québécoise et dans les programmes des services éducatifs complémentaires.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble d'actions. Les facteurs clés sont de deux ordres :

- facteurs liés à l'individu : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires;

- facteurs liés à l'environnement : environnement scolaire, environnement familial et environnement communautaire; services préventifs.

Dans notre région, les travaux de déploiement de l'approche « École en santé » sont amorcés depuis l'automne 2004. En 2005-2006, un développement budgétaire fut consenti aux CSSS de la région pour permettre le déploiement local de cette approche. Ainsi, un montant de 110 000 $ annualisé à 219 000 $ en 2006-2007, a permis l'affectation dans les CSSS de la région d'un professionnel responsable de l'implantation de l'approche « École en santé ».

Au cours de l'année 2005-2006, 12 personnes de la région ont suivi l'atelier offert par le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, pour habiliter les accompagnateurs locaux à bien jouer leur rôle. De plus, cinq rencontres régionales de soutien aux accompagnatrices des deux réseaux ont été organisées et animées par la DSP, dont deux avec la collaboration du formateur national de l'approche « École en santé ».

À l'échelle locale, sept ateliers de sensibilisation ont été tenus, lesquels visent à faire connaître l'approche aux directeurs des écoles, aux intervenants scolaires et aux gestionnaires des CSSS. Environ 120 personnes ont ainsi été sensibilisées lors de ces ateliers. Toujours à l'échelle locale, des ateliers d'appropriation visant à outiller les personnes qui composeront l'équipe-école afin qu'elles puissent mener avec succès une démarche de type « École en santé » ont été réalisés. Sept ateliers d'appropriation ont ainsi été offerts, habilitant quelque 150 personnes. Au printemps 2006, on compte onze écoles de la région de toutes les MRC du territoire qui sont prêtes à démarrer la mise en pratique de l'approche « École en santé ».

Domaine 2 :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des adultes

Les objectifs poursuivis dans ce domaine auprès des adultes

A. LA CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES ET DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

- Réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.
- Réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

B. LA VIOLENCE À L'ENDROIT DES FEMMES

- Réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale.

C. LA PERTE D'AUTONOMIE ET LA SANTÉ MENTALE

Mentionnons ici que les actions de la Direction de santé publique en lien avec la préservation de l'autonomie des aînés, se retrouvent dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie (notamment par la promotion de l'activité physique), ainsi que dans le domaine des traumatismes non intentionnels par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

D. LE SUICIDE

- Réduire le nombre d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et le nombre de suicides.

- **Violence conjugale et agressions sexuelles**

Dans le cadre des engagements pris par le gouvernement d'injecter 8 millions pour l'ensemble du Québec pour contrer la violence faite aux femmes, notre région a reçu pour l'année 2005-2006 un montant total qui s'élève à 150 720 $: une somme de 80 875 $ a été répartie entre les maisons d'aide et d'hébergement, une somme totalisant 55 845 $ a été versée aux centres de femmes et enfin l'organisme qui intervient auprès des conjoints ayant un comportement violent a reçu pour sa part un montant de 14 000 $.

De plus, deux projets de L'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie pour femmes violentées dans un contexte conjugal et leurs enfants, l'un concernant l'organisation d'un troisième colloque régional de formation et l'autre visant la conception et l'implantation d'un outil d'intervention en violence conjugale, ont reçu de l'Agence un montant non récurrent de 11 250 $, afin de contribuer à leur pleine réalisation.

Par ailleurs, pour poursuivre le soutien à l'implantation des centres ayant été désignés dans notre région pour recevoir les victimes d'agression sexuelle, la formation de base sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle a été dispensée par la DSP aux intervenants faisant partie de l'équipe médicosociale du CSSS de La Baie-des-Chaleurs.

Aussi, ont été produits une affiche de sensibilisation destinée au grand public, de même qu'un guide pour les intervenants et les professionnels sur les services offerts aux victimes d'agression sexuelle en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ces deux productions ont été lancées et diffusées lors de la campagne régionale de sensibilisation sur la problématique et d'information sur les services offerts par les centres désignés. La campagne avait pour thème : « Devant toutes formes d'agression sexuelle : Non, c'est non! ». Pas moins d'une quarantaine de personnes ont assisté au lancement de la campagne régionale et plusieurs entrevues télévisuelles et radiophoniques ont été effectuées à la suite de la conférence de presse. L'affiche, reproduite en français et en anglais, ainsi que les guides ont été distribués à l'ensemble des partenaires de tous les milieux.

Finalement, la Table de concertation régionale sur la violence conjugale et les agressions sexuelles joue un rôle consultatif auprès de l'Agence, notamment en regard des actions spécifiques à développer ou à consolider en vue d'améliorer l'ensemble des services qui s'adressent aux personnes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle dans la région. Au cours de l'année 2005-2006 deux rencontres ont été tenues.

- **Programme d'intervention de crise suicidaire et de prévention du suicide auprès des adultes**

Les services d'intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire font partie de la gamme essentielle des services en matière de prévention du suicide et ont été ciblés comme constituant une priorité par le MSSS. Ces services permettent à toute personne traversant une crise suicidaire, à l'entourage et aux endeuillés par suicide, de recevoir rapidement et en tout temps une aide spécialisée en vue de prévenir le suicide. De façon plus spécifique, ces services spécialisés désamorcent les situations de crise suicidaire et aident à éviter les tentatives de suicide. Les contrats de service avec le Centre de prévention du suicide (CPS) du Bas-Saint-Laurent (services en langue française), et Chimo Help Line de Frédéricton (services en langue anglaise) d'autre part, ont été renouvelés pour des sommes respectives de 53 583 $ et 4 000 $. Dans le but d'assurer les liens entre les lignes de prévention du suicide de la Gaspésie et des Îles et les services locaux, des rencontres de coordination ont été tenues à l'automne 2005 entre les services d'urgence psychosociale 24/7 des CSSS, les services policiers et le CPS du Bas-Saint-Laurent, et ce, dans les territoires du CSSS du Rocher-Percé, du CSSS de la Baie-des-Chaleurs et du CSSS de La Haute-Gaspésie.

L'année 2005-2006 a aussi été celle de la relance de la vaste campagne de sensibilisation auprès de la population sur la problématique du suicide et sur les services d'aide. Cette campagne lancée au cours de l'année précédente avait pour but d'inciter l'entourage des personnes suicidaires à être attentif aux signes de détresse de leurs proches, à les référer vers les services d'aide et enfin, à informer la population sur les services existants. Deux messages, un télévisé et un radiophonique, avaient été conçus par la firme *Cossette Communication Marketing*. Cette année la campagne a été enrichie par la conception, la production et la diffusion d'un dépliant s'adressant à l'entourage des personnes suicidaires. De plus, un

deuxième message radio a été conçu et produit par la firme *Cossette Communication Marketing*.

La DSP a par ailleurs travaillé, au cours de l'année 2005-2006, à la planification et la réalisation d'une conférence régionale ayant pour titre *Sortir des impasses thérapeutiques avec les clientèles récalcitrantes*, et ce, en collaboration avec la clinique externe de psychiatrie du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Cette formation s'adressait aux médecins, aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'à ceux des organismes communautaires et du milieu scolaire de la région. Environ 140 personnes ont pris part à cette formation.

Finalement, dans le but de réduire l'accès aux armes à feu comme moyen pour se suicider, la DSP a produit et diffusé un guide pour les professionnels de la santé, lequel vise à préciser les interventions à faire dans les situations de crise suicidaire ou de violence domestique où une arme à feu est présente dans le foyer. La DSP s'est de plus associée à l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour implanter un programme de désistement volontaire des armes à feu. Le programme de désistement d'une arme à feu du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeline vise à diminuer les risques d'homicide et de suicide associés à la présence d'une arme à feu dans un foyer privé. En effet, il a été démontré que la présence d'une arme à feu dans une résidence multiplie par cinq les risques de suicide et par trois les risques d'homicide pour les occupants de cette demeure.

AUTRES ACTIVITÉS

➢ Étude sur le rapport au suicide des Gaspésiens et Madelinots

Le Québec occupe le triste premier rang des provinces canadiennes pour son taux de mortalité par suicide et la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'échappe pas à l'ampleur du phénomène. En effet, avec son taux de mortalité par suicide de 18,7 par 100 000 personnes, la région avoisine la moyenne québécoise, bien qu'elle ne se compte pas parmi les régions du Québec les plus touchées par le phénomène. Jusqu'ici, plusieurs études statistiques ont été produites sur ce problème, mais son sens est encore largement méconnu. C'est dans ce contexte que la DSP a entrepris au cours de l'année 2004-2005, une étude régionale afin de trouver des réponses à ces questions de fond : Qu'est-ce que les Gaspésiens et Madelinots pensent du suicide? Quelles sont leurs valeurs au regard de la vie et de la mort? Comment certains d'entre eux ont-ils vécu le drame du suicide dans leur vie? Comment renverser la tendance à l'augmentation du suicide?

La recherche a été menée au cours de l'année 2004-2005 par la DSP auprès de 38 personnes adultes (suicidaires, endeuillés, intervenants et gens de la population générale) issues de toutes les MRC de la région. Elle est basée sur des entrevues de fond qui avaient pour objectif d'explorer, entre autres, la question de la banalisation du suicide et les liens qui existent entre l'opinion que l'on a du sujet et l'expérience vécue (tentative, deuil, intervention).

Le rapport de recherche a été rédigé au cours de l'année 2005-2006. Une tournée de présentation des résultats de l'étude dans chaque MRC de la région s'est déroulée au printemps 2006. Cette tournée constituait également une occasion d'échanger, de réagir et de poser des questions à propos des résultats de la recherche et de réfléchir aux applications pratiques de ces nouvelles connaissances.

Une brochure a été produite pour présenter en résumé l'analyse d'entrevues effectuées sur ce thème auprès de gens de la région. Les résultats complets de l'étude sont publiés dans un rapport de recherche intitulé « La mort dans l'âme ». Étude sur le rapport au suicide des Gaspésiens et des Madelinots.

➢ Le comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

Le comité aviseur sur les conditions de vie des femmes a été formé en mai 1997, de l'initiative de la Table de concertation des groupes de femmes de la Gaspésie et des Îles. Le comité aviseur doit s'assurer que les actions régionales et locales en matière de santé et de bien-être tiennent compte de la spécificité des femmes. Plus concrètement, le mandat du comité aviseur est de sensibiliser et alimenter l'Agence et éventuellement, les réseaux locaux et les établissements de santé et de services sociaux, en matière d'organisation des services de santé et de services sociaux touchant les conditions de vie des femmes. Au cours de l'année 2005-2006, les membres du comité aviseur ont tenu quatre rencontres et elles ont déterminé les sujets qui allaient orienter leurs prochains travaux :

- adaptation des services de santé et de services sociaux aux besoins des femmes anglophones;
- violences faites aux femmes (plus particulièrement la violence conjugale et la violence sexuelle, de même que la sexualisation précoce chez les jeunes filles);
- services de santé des femmes liés au planning des naissances, au cancer du col de l'utérus, au cancer du sein et à la périnatalité.

Domaine 3 :

Les maladies chroniques et les habitudes de vie chez les adultes

Les objectifs poursuivis dans le domaine des maladies chroniques et des habitudes de vie chez les adultes

A. LES MALADIES CHRONIQUES

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant notamment les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux).
- Réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans.
- Réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.
- Réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Réduire de 30 % l'incidence du diabète.
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes.
- Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.
- Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivites et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus[4].

[4] Les programmes et activités en lien avec cet objectif apparaissent dans la partie sur les habitudes de vie.

B. LES HABITUDES DE VIE

- Réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %.
- Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.
- Augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.
- Maintenir la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.
- Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.
- Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les adultes.

A. LES MALADIES CHRONIQUES

➢ Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Dépistage du cancer du sein**
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

INDICATEURS	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	45,1 %	46,9 %	56,7 %
Taux de détection initial du cancer du sein	5,7 %	5,7 %	5,4 %
Taux de détection subséquent du cancer du sein	8,4 %	3,5 %	4,9 %
Taux de référence initial pour investigation	13,8 %	12,0 %	13,2 %
Taux de référence subséquent pour investigation	9,1 %	8,0 %	8,1 %

COMMENTAIRES	
Les objectifs pour l'an 2006 ont été atteints pour les trois indicateurs de performance. Le taux de participation a augmenté à 57 %, au-dessus de la moyenne provinciale, grâce à la collaboration active de l'unité mobile CLARA, qui a pu desservir la Baie-des-Chaleurs et désencombrer les listes d'attente à Chandler et à Ste-Anne-des-Monts. À Maria, on a réussi toutes les étapes concrètes visant la redésignation du centre, mais les règles du Ministère exigent qu'on attende la publication dans la Gazette officielle avant de reprendre les activités cliniques. Le taux de référence a baissé, probablement parce que deux centres (Ste-Anne-des-Monts et les Îles) font interpréter les clichés mammographiques à des centres de Québec, où ces taux sont plus bas. Enfin, les taux de détection dans la région demeurent au-dessus de la norme provinciale.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Agréments des Centres désignés de dépistage (CDD)

Après plus de trois ans sans désignation, le CDD du CSSS de la Baie-des-Chaleurs a recommencé ses activités de dépistage mammographique dans le cadre du programme.

Allocation financière

Une subvention financière est accordée aux centres de dépistage, les critères d'allocation se basant sur le volume de mammographies effectuées dans le cadre du PQDCS et en particulier la saisie d'information, l'assurance qualité et l'accessibilité aux services du PQDCS. Pour l'année 2005, les montants suivants ont été versés :

- Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts : 9 365 $;
- Hôpital Hôtel-Dieu : 10 236 $;
- Hôpital de Chandler : un montant de 9 773 $ est prévu lors de la finalisation du bilan annuel;
- Hôpital de Maria : 12 038 $;
- Hôpital de Cap-aux-Meules : 7 754 $.

Activités de coordination

Envoi de lettres d'invitation et subséquentes (de rappel et de relance)

Durant l'année 2005, 5 952 lettres personnalisées ont été postées aux femmes afin de les inviter à passer une mammographie de dépistage, soit 3 645 lettres d'invitation, 1 907 lettres de rappel et 400 lettres de relance.

Selon les données fournies par la RAMQ, le nombre de femmes admissibles (femmes âgées entre 50 et 69 ans) en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est de 13 160 en 2005. L'écart entre le nombre d'envoi de lettres et la population admissible s'explique, entre autres, par le fait que plusieurs femmes ont recours à une prescription de leur médecin traitant pour subir une mammographie de dépistage. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'envoyer une lettre.

Visite de l'unité mobile et de l'unité portative

En Gaspésie, le nombre de mammographies réalisées par l'unité mobile CLARA durant l'été et en début de l'automne 2005, s'élève à 1 470 et le nombre effectué par l'unité portative SOPHIE, au printemps 2005, est de 319. Au total, 1 789 mammographies de dépistage ont été effectuées dans le cadre du PQDCS (pour les femmes âgées entre 50 à 69 ans) pour répondre aux besoins de la région.

Suivi

Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) s'assure de la prise en charge d'un résultat positif. Ainsi, pour les années 2004 et 2005, il y a eu 454 femmes avec un dépistage positif, devant être prises en charge. Dans la grande majorité des cas, les femmes qui ont été contactées avaient déjà été prises en charge par leur médecin traitant.

Résultats

Pour les deux années 2004 et 2005, la participation au PQDCS a continué d'augmenter, atteignant un sommet historique de 57 %, ce qui se compare favorablement avec la moyenne provinciale qui était de 49 %. Ainsi, 4 450 femmes de notre région se sont prévalues d'une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS en 2005. La participation a varié d'une

MRC à l'autre, le résultat du CSSS de La Côte-de-Gaspé de 68 % le plaçant parmi les territoires de CSSS les plus élevés au Québec.

Les bons résultats affichés pour l'année 2005 sont attribuables à plusieurs phénomènes. Mentionnons d'abord la reprise des activités à Sainte-Anne-des-Monts et les visites des unités mobiles SOPHIE et CLARA, particulièrement à Sainte-Anne-des-Monts, Chandler, Paspébiac, Maria et Matapédia. La réduction des délais dans les cinq territoires de CSSS est attribuable à des décisions de faire appel à CLARA et d'augmenter le débit des activités mammographiques des départements de radiologie. Quatre des cinq CSSS respectent maintenant la norme maximale de six semaines de délai pour obtenir une mammographie de dépistage, et le cinquième, à Maria, poursuit une campagne intensive pour rattraper le retard accumulé depuis quelques années d'inactivité.

Les taux de résultats positifs demeurent trop élevés en Gaspésie et aux Îles, tout comme ils le sont ailleurs au Québec. En 2005, le taux régional était de 13,2 % pour un examen initial et de 8,1 % pour un examen subséquent, ce qui représente une amélioration des taux de 13,8 % et de 9,1 %, respectivement, l'année précédente. Ceci demeure nettement plus élevé que les normes maximales de 7 % et de 5 %, respectivement, mais s'apparente aux taux de 14,9 % et 7,4 % observés au Québec.

Tableau : Résumé des résultats

	2004	2005		2006	*Norme*
Taux :	GÎM résultat	GÎM résultat	Québec, résultat	GÎM visé	Québec
Participation*	45,4 %	56,7 %	*49,4 %*	58 %	*70 %*
Résultat positif, examen initial	13,8 %	13,2 %	*14,9 %*	12 %	*7 %*
Résultat positif, examen subséquent	9,1 %	8,1 %	*7,4 %*	7,4 %	*5 %*

* 24 mois précédant la fin de l'année

B. LES HABITUDES DE VIE

➢ Programme de cessation du tabagisme

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	**Prévention – tabagisme**
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	57	57	115

COMMENTAIRES	
La hausse du nombre d'usagers est due à la mise en œuvre des six centres d'abandon du tabac en 2005-2006 dans notre région. Ces centres sont également de plus en plus connus et ancrés dans leur milieu, ce qui ajoute un effet positif au résultat obtenu. L'an dernier, deux centres seulement étaient opérationnels, et ce, pour une période de six mois.	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Cette année, des efforts ont encore été déployés pour rendre accessibles les programmes de soutien à l'abandon du tabagisme dans les CSSS de la région. Le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) constitue le cadre de référence produit par le MSSS en vue de définir un modèle organisationnel de services d'abandon du tabagisme au Québec. Les CSSS (mission CLSC) sont principalement interpellés dans le cadre du PQAT par la mise en place des centres d'abandon du tabagisme (CAT). Le CAT offre gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande.

Au cours de l'année 2005-2006, 115 personnes de la région ont reçu les services d'un centre d'abandon du tabagisme contre 57 pour l'année précédente, soit une hausse de 200 %. Le MSSS avait fixé aux régions un objectif d'augmentation de 25 % qui a été largement dépassé. La DSP soutient les CSSS dans l'implantation des services d'abandon du tabac, notamment par la formation des intervenants intéressés à faire du soutien individuel ou de groupe et par la promotion des services offerts par les CSSS. Ainsi, un montant non récurrent totalisant 69 000 $ a été distribué aux CSSS pour financer les services offerts à la population dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT). De plus, une formation sur l'intervention brève en cessation tabagique a été offerte à tous les CSSS de la région et 57 intervenants de la région y ont pris part.

De plus, en janvier 2005 la population a été incitée à s'inscrire au Défi « *J'arrête, j'y gagne!* ». La participation a été appréciable puisque 415 adultes de la région se sont inscrits.

➢ Programme de promotion de l'activité physique

Auprès des adultes de 24 à 44 ans et leur famille

Le partenariat avec *l'Unité régionale loisir et sport* (URLS) s'est poursuivi cette année et demeure toujours aussi stimulant. La collaboration se poursuit aussi avec les travailleurs et les travailleuses en loisirs municipaux, par une participation active à la table du *Regroupement gaspésien du loisir municipal*. Avec le concours de ce dernier et de l'URLS, Kino-Québec a organisé « Bougeons en famille 2005 » et « Plaisirs d'hiver 2006 ». « Bougeons en famille » s'est déroulé au cours de septembre 2005 et ciblait principalement les familles et les jeunes. Environ 700 personnes ont participé aux activités de randonnée à vélo ou aux activités de marche et de plein air organisées à cette occasion par 14 municipalités de la région. Pour sa part, « Plaisirs d'hiver » vise à promouvoir l'activité physique hivernale et à maximiser l'usage collectif des installations existantes de notre région. Vingt et une municipalités de la région et quelque 3 521 personnes ont ainsi pris part aux nombreuses activités hivernales offertes.

Afin de promouvoir l'activité physique comme mesure de santé de la population, dont les travailleurs et travailleuses, la campagne « Mon style de marche » a été menée au cours de l'automne 2005. Cette campagne faisait la promotion de la marche à la grandeur du Québec par la publication de différents outils, guides, affiches et la tenue d'un concours pour déterminer le style de marche qui convient le mieux à chacun. Quatre municipalités ont pris part à la campagne à l'échelle régionale. De plus, sept milieux de travail ont participé à des activités de sensibilisation auprès de leur personnel. On estime que près de 3 400 travailleuses et travailleurs de notre région ont été sensibilisés aux bienfaits d'intégrer la marche à son quotidien.

Auprès de la clientèle des aînés

Le programme VIACTIVE est un programme d'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Des animateurs bénévoles VIACTIVE œuvrent de façon dynamique dans plus de 66 clubs de l'âge d'or en Gaspésie et aux Îles. Plus de 1 000 personnes participent annuellement aux activités VIACTIVE. Les CSSS (mission CLSC) collaborent à la promotion et au suivi du programme. Cette année une formation avec les animatrices et animateurs VIACTIVE des clubs de l'âge d'or, s'est déroulée dans cinq MRC de la région. La DSP a aussi pris part à la Tournée Santé et Prévention organisée par la Fédération des clubs d'âge d'or du Québec et la Fédération des clubs d'âge d'or de l'Est du Québec (FADOQ, FADEQ). Ainsi, une conférence sur l'importance d'être actif tout au long de sa vie, a été prononcée par la conseillère Kino-Québec lors des deux rencontres de la Tournée Santé et Prévention. Quelques 700 aînés ont ainsi été sensibilisés.

➢ Programme de subventions de projets en sécurité alimentaire

Pour être en situation de sécurité alimentaire, il faut que « toute une population ait accès, en tout temps et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable aux points de vue social et culturel, que les individus aient un pouvoir d'achat adéquat et qu'ils aient accès à une information simple et fiable qui confère des habilités et qui permet de faire des choix alimentaires éclairés » (Gauvin et coll., 1996).

Pour l'année 2005-2006 une somme non récurrente de 67 138 $ a été allouée à la région. Le montant a été réparti pour financer :

- dix organismes communautaires ayant soumis un projet permettant de développer des cuisines collectives et/ou des ateliers éducatifs en lien avec la sécurité alimentaire;
- la Table de concertation régionale des organismes communautaires en sécurité alimentaire, de manière à soutenir ses travaux.

Domaine 4 :

Les traumatismes non intentionnels

Les objectifs poursuivis au regard des traumatismes non intentionnels

A. SÉCURITÉ ROUTIÈRE

- Réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.

B. CHUTES ET BLESSURES À DOMICILE

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.

C. TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

- **Programme de prévention des accidents de la route et des accidents de véhicules hors route**

C'est dans l'optique de prévenir les accidents de la route, en portant une attention particulière à la conduite avec capacité affaiblie, que la DSP a développé des ateliers de sensibilisation visant à réduire les conséquences sur la conduite automobile de la consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 18 ans. Ces ateliers appelés Action-polyvalente sont destinés aux élèves de quatrième et cinquième secondaires. Les démarches ont été menées pour recruter des écoles secondaires prêtes à offrir ces ateliers à leurs élèves. Pour la Gaspésie et les Îles, l'alcool au volant serait responsable en moyenne annuellement de 5 décès et de 114 blessés graves et légers.

- **Programme de promotion de la sécurité à domicile**

De façon générale on estime qu'environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année. La prévention des chutes à domicile s'avère donc une préoccupation majeure pour le maintien de l'autonomie des aînés. Au cours de l'année 2005-2006, la DSP a complété la consultation des intervenants de la région en prévention des chutes et a procédé à la diffusion du rapport de consultation. Celui-ci traite différents éléments généraux de la prévention des chutes chez les aînés comme les activités réalisées par les

CSSS, la sensibilisation et la satisfaction des intervenants face à la pratique à cet égard. Y sont aussi abordées des dimensions plus spécifiques comme la promotion de l'activité physique chez les aînés, l'adaptation du domicile et l'évaluation des risques de chute. Les interventions sont analysées en fonction de différents critères d'efficacité. Une analyse des besoins des intervenants complète le tout.

Domaine 5 :

Les maladies infectieuses

Objectifs visés

Les maladies infectieuses chez les enfants et les jeunes

LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite et du tétanos en ce qui concerne les cas indigènes.
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination.
- Maintenir, pour le Québec, le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de 5 ans.
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.
- Réduire de 50 % (à 1 pour 100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
- Réduire, pour le Québec, à moins de cinq cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins.
- D'ici 2012, réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.
- D'ici 2012, réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination.

Le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement (ITS)

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par VIH.
- Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans.
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination.

Les objectifs poursuivis au regard des maladies infectieuses affectant les adultes

A. LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la rage en ce qui concerne les cas indigènes.
- Réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à zéro.
- Maintenir sous le seuil de 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.

- Maintenir à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.
- Réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus.
- Maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza.
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

B. LE VIH/SIDA ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

- Réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.
- Réduire, pour le Québec, à moins de cinq le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année.
- Réduire le taux annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes).
- Maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.
- Réduire l'incidence de l'hépatite C.
- Réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination.
- Réduire la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique.

C. LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

- Réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins.
- Réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli 0157* et des infections à *Salmonella enteritidis* et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*.
- Maintenir un taux d'incidence annuel maximal de tuberculose active de 4 pour 100 000 personnes.
- Maintenir, pour le Québec, à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

A. L'IMMUNISATION

- **Vaccination**

Formation

Dans le cadre du programme d'assurance-qualité de l'acte vaccinal en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, trois types de formation (formation de base, adaptée et en santé voyage) sont proposés annuellement en immunisation et cette année, près de 11 sessions ont été organisées pour répondre aux besoins de plus de 60 infirmières des CSSS de la région.

Par ailleurs, l'introduction de plusieurs vaccins, ces dernières années, au calendrier régulier des enfants a nécessité d'habiliter les vaccinateurs et les vaccinatrices aux injections multiples au moyen d'une formation régionale donnée au début novembre 2005. Cela a été d'autant plus pertinent alors qu'un nouveau vaccin contre la varicelle a été introduit au calendrier de base de la petite enfance, le 1er janvier 2006. Plus de 35 infirmières ont participé à cette formation.

Nouveautés au calendrier de base

Dans le cadre de la prévention des éclosions de coqueluche chez les élèves du secondaire et afin de finaliser la couverture vaccinale pour cette cohorte, la vaccination a été offerte aux élèves du 2e secondaire cette année. Cette activité permet donc d'assurer la couverture globale des adolescents et des plus jeunes de notre région au regard de la coqueluche puisqu'ils ont tous reçu au moins une dose du vaccin plus efficace, soit le vaccin acellulaire.

Une allocation de 5 $ par élève à vacciner est accordée encore cette année aux CSSS pour supporter cette activité.

Comme mentionné précédemment, le 1er janvier 2006, le vaccin contre la varicelle a été introduit gratuitement au calendrier régulier des enfants à l'âge de 1 an. À cela, s'est greffé un rattrapage pour les enfants de 4-6 ans (maternelle), les élèves de la 4e année du primaire ainsi que pour les adolescents du 3e secondaire, et ce, pour les 5 prochaines années. Les CSSS ont reçu une allocation budgétaire qui correspond à 7 $ par vaccin administré.

Effets indésirables des produits immunisants

En 2005-2006, 21 cas de manifestations cliniques survenues après une vaccination ont été signalés au fichier central ESPRI, dont cinq signalements étaient attribuables à la vaccination antigrippale.

Influenza et pneumocoque

Dans le cadre de la campagne de vaccination annuelle contre l'influenza, une nouvelle clientèle a été ajoutée officiellement cette année, soit les enfants en bonne santé de 6 à 23 mois inclusivement ainsi que leurs contacts familiaux.

Les efforts consentis l'an passé par l'introduction non officielle de cette clientèle ont facilité la réalisation du programme de vaccination cette année et ont permis d'augmenter la couverture vaccinale qui est passée de 800 doses administrées l'an passé à 1 208 doses cette année.

Par ailleurs, pour la saison 2005-2006, un record de vaccination a été atteint avec plus de 25 000 doses administrées, par rapport à 23 044 doses en 2004-2005, dont plus de 2 000 à des travailleurs de la santé. Pour ces derniers, la couverture vaccinale s'est améliorée de façon notoire, pour passer de 50 %, l'an dernier, à 69 %, cette année. Une allocation régionale de plus de 100 000 $ sera distribuée aux établissements vaccinateurs en fonction des doses de vaccin antigrippal administrées.

Groupes de travail provinciaux

Dans le cadre du nouveau Programme de vaccination contre la varicelle, nous participons activement au groupe de travail provincial restreint qui a été mis sur pied pour faire face aux changements en immunisation, en plus de continuer à participer aux activités du groupe de travail sur l'influenza.

Assurance-qualité des produits immunisants

La DSP a poursuivi ses activités de gestion du dépôt régional des produits immunisants.

Nous avons par ailleurs réalisé l'informatisation du dépôt à vaccin, ce qui facilite grandement les activités de gestion.

Seulement sept signalements pour un bris de la chaîne de froid ont été documentés au cours de l'année, tous en provenance des dépositaires locaux.

Il est important de signaler qu'il n'y a pas eu de bris dans le transport des produits immunisants du dépôt régional vers les dépôts locaux depuis plusieurs années, ceci grâce au fait qu'un commissionnaire privé est utilisé.

B. PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

➢ Plans d'urgence

En vue de se préparer à faire face à une éventuelle pandémie d'influenza, toutes les directions de l'Agence ont été impliquées afin de procéder à l'élaboration de son *Plan régional de lutte à une pandémie influenza*, pour dépôt au MSSS. Le plan prévoit des activités à réaliser selon un canevas de base pour les cinq volets suivants : santé physique, santé publique, maintien des activités du réseau, communication et psychosocial. Des répondants locaux ont été identifiés pour chacun des volets et les établissements devront procéder à l'élaboration d'un plan d'action local pour le 31 octobre 2006. En matière de santé publique, le plan porte particulièrement sur les différentes actions à déployer autour de quatre grands axes principaux, soit la vaccination, les antiviraux, la surveillance et les mesures dites de santé publique, incluant la prévention de l'infection en milieu de soins. Un mécanisme de coordination régional/local a par ailleurs été mis sur pied et les travaux ont été amorcés. En termes de priorités de travail, le comité a notamment retenu la réalisation de projets d'expérimentation de cliniques massives de vaccination pour l'automne 2006, dans le cadre de la campagne régulière de vaccination contre l'influenza.

➢ Maladies à déclaration obligatoire

La DSP a une responsabilité à l'égard de la protection de la santé publique en lien avec les maladies à déclaration obligatoire (MADO). En 2005, un total de 210 déclarations ont été inscrites au fichier des MADO de notre région. La hausse du nombre de déclarations attribuables à un agent infectieux amorcée depuis 1999 jusqu'en 2004 dans la région ne s'est pas poursuivie en 2005.

Comme par les années passées, et comme au Québec, les infections à chlamydia génitale sont les plus fréquentes, et ce, depuis les six dernières années. Par ailleurs, le taux de déclaration de cette infection demeure plus faible que celui du Québec. Cette année, un total de 108 déclarations ont été enregistrées au fichier, ce qui représente une baisse comparativement à l'année 2005. Les déclarations d'infection par la chlamydia sont toujours plus élevées chez les jeunes filles entre 15 et 24 ans. Notre situation n'est pas différente du Québec puisque, entre 2004 et 2005, le nombre total de MADO déclarées a connu une légère baisse de 1 % et le nombre de chlamydia de 1,6 %.

En 2005, les infections à chlamydia représentent 51 % de l'ensemble des MADO, suivies par les infections à campylobacter (12 %) et les infections à salmonellose (8 %).

Plusieurs autres déclarations de maladies ont amené la DSP à initier des enquêtes et à effectuer des activités de suivi. Cinq cas de tuberculose ont été déclarés dont l'un a nécessité une intervention à l'effet de rejoindre 14 membres de la famille et de la maisonnée ainsi que 63 membres du personnel de deux établissements de santé pour répondre à des questionnaires et/ou subir des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse latente à la suite de leur contact avec le cas-index.

Enfin, la DSP a aussi assuré un service de garde 24/7 pour les urgences infectieuses et environnementales.

➢ Surveillance influenza

Encore cette année, la DSP a effectué la surveillance de l'influenza dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée en continuité du système mis en place en 2004-2005. Ainsi, du 17 novembre 2005 au 3 juin 2006, une seule éclosion a été déclarée aux autorités de santé publique. Cette éclosion, survenue au CHSLD du CSSS de la Baie-des-Chaleurs, a impliqué huit bénéficiaires de cet établissement, et grâce à une surveillance vigilante et à la rapidité des interventions, cette éclosion ne s'est pas propagée dans l'établissement.

Avec le support des laboratoires des CSSS, la DSP a effectué une surveillance des résultats d'influenza positifs obtenus dans les Centres de santé et des services sociaux, et ce, sur une base hebdomadaire durant la période d'activité grippale. Par la suite, ces résultats ainsi que ceux du Québec ont été transmis aux personnes concernées dans les CSSS. Cette opération a permis de mieux connaître l'indice d'activité grippale de notre région, qui s'est avéré plutôt faible et tardif, cette année.

➢ Communications

Au plan des communications, l'équipe de protection de la santé publique a pour une deuxième année produit un rapport annuel portant sur les maladies à déclaration obligatoire présentant l'état de situation régional. L'information a été véhiculée par le biais du Bulletin « Diffusion-Protection » qui est publié à au moins trois reprises par année. Ce bulletin porte sur différents sujets d'intérêt en matière de protection de la santé publique et fait l'objet d'une large diffusion auprès des différents partenaires concernés de la région.

➢ Zoonose et VNO

Par ailleurs, la DSP a fait en sorte d'être préparée à la survenue du VNO (chez un humain ou un animal) sur son territoire. Les médecins ont reçu des instructions sur la détection de cette maladie. Encore une fois, il n'y a eu aucune confirmation de la présence de ce virus dans la région en 2005.

C. INFECTIONS NOSOCOMIALES

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Prévention des infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	5	5	5
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	2	5	3

COMMENTAIRES	
Nom :	**Date :**

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Si, au cours des dernières années, nous avons assisté à l'émergence du SRAS puis du *Clostridium difficile (C. difficile)*, l'année 2005-2006 a davantage été marquée par la consolidation de nos interventions en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Nous énumérons ci-après les principales réalisations effectuées en 2005-2006.

➢ Surveillance

- Surveillance de la situation régionale des infections à *C. difficile* dans les centres hospitaliers de courte durée en collaboration avec les établissements visés.

- Surveillance des éclosions d'infections par les bactéries multirésistantes telles que le SARM dans les établissements de santé par le biais du système des maladies à déclaration obligatoire.
- Surveillance des éclosions d'influenza dans les CHSLD.

➢ **Table régionale de prévention des infections**

- Mise sur pied de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales dont la première réunion est prévue pour le début de la prochaine année financière.

➢ **Soutien-conseil**

- Activités de soutien-conseil par l'infirmière et le médecin-conseil à la demande des établissements, en matière de prévention des infections nosocomiales (ex. : SARM, tuberculose, varicelle, influenza).

➢ **Formation**

- Support financier offert aux CSSS de la région pour un total de 15 000 $ pour supporter la participation des infirmières en prévention des infections au programme national de formation élaboré à leur intention.

D. VIH-SIDA, HÉPATITES VIRALES ET INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

➢ **Promotion de comportements préventifs au regard des ITSS**

Éducation à la sexualité et prévention des ITSS en milieu scolaire

La DSP a maintenu le soutien offert depuis quelques années aux intervenants scolaires des CSSS (CLSC) dans leur travail de prévention des ITSS et d'éducation à la sexualité, et ce, dans la perspective de la réforme du curriculum scolaire. En 2005-2006, ce soutien a aussi été offert aux intervenants scolaires. Les principales activités de soutien réalisées sont :

- une formation intitulée *L'éducation à la sexualité : une question de sens, de repères et de limites* à laquelle ont participé 130 intervenants de l'éducation et de la santé et des services sociaux ;
- la mise à jour de la trousse d'éducation sur la contraception et la prévention des ITSS;
- la poursuite d'un projet pilote visant à expérimenter avec un milieu scolaire volontaire, l'école secondaire de New Richmond, un projet d'éducation à la santé, en conformité avec les principes de la réforme scolaire et en retenant l'éducation à la sexualité comme premier domaine d'application;
- la publication de deux numéros du Sex'Primeur, le bulletin régional de liaison et d'information sur l'éducation à la sexualité et diffusion auprès des intervenants de l'éducation et de la santé et des services sociaux;
- la tenue de quelques rencontres de sensibilisation sur l'importance de se préoccuper d'éducation à la sexualité à l'école, à la demande de certains milieux scolaires.

Population en général

Afin d'informer et de sensibiliser la population aux réalités telles que l'homosexualité, la diversité sexuelle et les conséquences de l'homophobie, la DSP a continué de diffuser le matériel promotionnel de l'organisme Gai-Écoute, à faire connaître l'existence de ses divers services dont sa ligne d'écoute.
La diffusion du matériel d'information portant sur la prévention des ITSS et les conséquences de ces infections a aussi été poursuivie. La DSP s'associe également aux campagnes d'information et de sensibilisation nationales portant sur ces sujets.

Les organismes communautaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et le milieu scolaire sont les principaux partenaires de la DSP.

- **Prévention auprès des groupes vulnérables**

Adultes, adolescents et adolescentes d'orientation homosexuelle et bisexuelle

La formation « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité » (volet adulte) a été offerte à une vingtaine d'intervenants communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux.

Afin d'informer et de sensibiliser les intervenants qui travaillent auprès des jeunes, aux réalités telles que l'homosexualité, la diversité sexuelle et les conséquences de l'homophobie, la DSP a poursuivi la diffusion du matériel promotionnel de l'organisme Gai-Écoute et fait connaître sa ligne d'écoute et ses services d'information.

Accessibilité aux condoms

Des milliers de condoms, des sachets individuels de lubrifiant et quelques distributeurs de condoms ont été répartis par la DSP dans les principaux lieux fréquentés par les adolescents de notre territoire.

Personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI)

Dans une perspective de prévention du VIH et surtout de l'hépatite C, le MSSS recommande que les UDI aient accès à la trousse d'objets permettant l'injection sécuritaire de drogues. Au cours de la dernière année, la DSP a poursuivi la sensibilisation et la distribution de cette trousse dans les pharmacies et les CSSS de la région. Actuellement, tous ces organismes acceptent de distribuer ce matériel.

Personnes séropositives et sidéennes et leur entourage

À l'heure actuelle, en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, il n'y a pas d'organisme communautaire qui travaille auprès des personnes séropositives et sidéennes, ni de leur entourage. Pour répondre à leurs besoins, la DSP a poursuivi l'entente de service avec l'organisme Mouvement d'aide et d'information (MAINS) Bas-Saint-Laurent. Les services dispensés par cet organisme dans le cadre de cette entente sont les suivants :

- accueil-référence téléphonique de la clientèle gaspésienne et madelinienne aux prises avec le VIH-Sida s'adressant à l'organisme;

- offre de participation, aux personnes de la région qui le requièrent, aux activités sociales et d'information organisées dans la région de Rimouski.

Populations autochtones

Dans la perspective de contribuer à ce que les populations autochtones de notre territoire aient accès à des services de lutte aux ITSS de qualité, la DSP a invité les infirmières travaillant sur les réserves de Gesgapegiag et de Listiguj à la formation sur les ITSS et les SIDEP dont il est question dans la prochaine partie.

Dépistage anonyme du VIH et services intégrés de lutte contre les ITSS

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	***Résultats 2004-2005***	***Cibles* 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	164	> 164	292
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	N/D	> 0	N/D
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	929	> 929	1 462
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	N/D	> 0	N/D

COMMENTAIRES

Les données concernant les clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP ne sont pas disponibles pour l'année 2005-2006, mais le seront pour l'année 2006-2007. En effet, un guide provincial de saisie des données du SIDEP dans le système I-CLSC est en vigueur depuis le 1er avril.

Ce guide devait normalement être déployé en octobre dernier, mais lors de la rencontre du comité provincial des représentants régionaux du système I-CLSC en septembre, il a été décidé de reporter le déploiement du guide, car celui-ci soulevait encore bon nombre de questions.

Or, dans ces circonstances, nous avons convenu avec la personne responsable de ce dossier à la santé publique d'effectuer une collecte manuelle de données à la période 13 pour les données étant disponibles, soient celles sur l'ensemble de la clientèle, et d'attendre le déploiement de ce guide pour amorcer la saisie des données à l'aide de directives précises et également éviter une collecte de données manuelle répétitive et peu fiable.

Nom :	**Date** :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Afin de soutenir l'implantation ou l'amélioration des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) dispensés par les centres de santé et de services sociaux de la région, la DSP a tenu deux jours de formation visant à développer ou à consolider les connaissances et les habiletés des infirmières des CSSS qui travaillent ou sont susceptibles de travailler dans ce domaine. En complément à cette formation, une séance d'information portant sur le *Guide de saisie du cadre normatif I-CLSC* lié aux activités des SIDEP a eu lieu. Une trentaine d'infirmières ont participé à cette activité.

Les services de dépistage anonyme du VIH sont disponibles dans tous les CSSS (CLSC) du territoire. Une allocation de 4 000 $ leur est attribuée annuellement. En moyenne, 250 tests de dépistage anonyme par année sont effectués dans la région.

Domaine 6 :

La santé environnementale

Les objectifs poursuivis au regard de la santé environnementale

A. LES MALADIES LIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR

- Réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique.
- Réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux.
- Réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.

B. LES AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

- Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP).
- Diminuer l'incidence des cancers de la peau.
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique.

C. LES INTOXICATIONS D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

- Réduire les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.

D. L'ENSEMBLE DES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

- Réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

A. LES MALADIES LIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR

➢ Exposition aux contaminants présents dans l'air extérieur

Cette année, la DSP a eu à traiter des demandes d'information et des plaintes de la part des citoyens en lien avec le brûlage des déchets et la présence de fumée et poussière dues à des activités industrielles et de camionnage.

➢ Exposition aux contaminants présents dans l'air intérieur

Cette année, la DSP a répondu à 16 demandes en lien avec la qualité de l'air intérieur : 25 % des demandes concernaient des problèmes de moisissures, 25 % des problèmes d'insalubrité et 25 % concernaient des odeurs persistantes à la suite des déversements d'hydrocarbures (huile à chauffage et essence).

Par ailleurs, la ressource en santé environnementale a travaillé en collaboration avec l'équipe des maladies infectieuses dans le cadre du dossier de la présence de moisissures au Pavillon M^{gr} Ross du CSSS de La Côte-de-Gaspé.

B. LES AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

➢ Exposition aux contaminants présents en milieu hydrique

Dans le cadre du mandat confié au directeur de santé publique par le Règlement sur la qualité de l'eau potable, 466 interventions ont été effectuées en rapport avec des signalements de non-conformité ou de retour à la conformité des réseaux d'approvisionnement en eau potable. Vingt-sept vérifications ont été effectuées à la suite de dépassements des normes relatives aux coliformes fécaux. Au cours de l'année, 21 avis en lien avec la qualité de l'eau ont été envoyés à Info-santé. La diminution des signalements de résultats hors normes témoigne d'une meilleure prise en charge par les exploitants des réseaux d'eau potable de la région. Par ailleurs, quinze demandes d'information spécifique ou d'avis de la part des partenaires (CLSC, ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), médecins) et de la population concernant les contaminants présents dans l'eau et les risques à la santé ont été traitées.

C. LES INTOXICATIONS D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

Dans le cadre des activités prévues lors de la survenue d'un cas de maladie ou d'une intoxication à déclaration obligatoire, la DSP a reçu trois signalements concernant des épisodes d'intoxication par le monoxyde de carbone dont une intoxication de groupe lors d'un souper dans un aréna. Les enquêtes ont été effectuées en collaboration avec l'équipe des maladies infectieuses.

D. L'ENSEMBLE DES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

➢ Murdochville

La DSP a participé aux réunions du comité consultatif environnemental de Murdochville tenues en 2005 et contribué à la rédaction du bulletin d'information du comité. Dans le cadre de la poursuite du Programme de restauration des sols en cours à la suite de la fermeture de la compagnie Noranda, la DSP a participé, en collaboration avec l'INSPQ, aux nombreuses discussions en lien avec le plan de réhabilitation des sols. La DSP a aussi été présente lors des séances portes-ouvertes portant sur la qualité des sols.

➢ Amélioration des milieux de vie et développement durable

Au cours de l'année 2005, la DSP a suivi les travaux du comité de concertation de la Baie-de-Gaspé ainsi que du comité de bassin versant de la rivière Bonaventure.

La DSP a émis des commentaires dans le cadre des évaluations d'impact des divers projets de parcs éoliens (Parc éolien de l'Anse-à-Valleau, Parc éolien de Carleton) et participé aux audiences publiques sur le projet d'implantation d'un lieu d'enfouissement technique aux Îles-de-la-Madeleine. Elle a aussi donné son avis dans le cadre des projets de révision des schémas d'aménagement et de développement et de divers règlements de contrôle intérimaire pour les MRC du territoire.

➢ Interventions lors de situations inhabituelles et mesures d'urgence

Au cours de la dernière année, la DSP a eu à intervenir à quelques reprises lors d'inondations à la suite de fortes pluies. Fait à noter, la DSP a eu à traiter huit plaintes concernant des nuisances et la présence de déchets biomédicaux non conformes à la réglementation. Ce genre de plainte est en augmentation par rapport aux années passées.

La DSP a aussi répondu à 25 demandes provenant du public ou des partenaires concernant des situations ayant une composante environnementale.

➢ Virus du Nil

Encore cette année, la santé environnementale a collaboré avec l'équipe des maladies infectieuses au Programme provincial de surveillance pour le virus du Nil occidental.

➢ Bulletin Diffusion-Protection

La ressource en santé environnementale a participé au cours de l'année à différents numéros du bulletin d'information en maladies infectieuses et santé environnementale Diffusion-Protection.

Domaine 7 :

La santé au travail

Les objectifs poursuivis au regard de la santé au travail

A. LES LÉSIONS MUSCULOSQUELETTIQUES

- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculosquelettiques.

B. LA BÉRYLLIOSE, LA SILICOSE, L'AMIANTOSE

- Diminuer l'incidence de la bérylliose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante.

C. L'ASTHME PROFESSIONNEL

- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie (adaptation d'un des objectifs du *PNSP*, p. 69).

D. LES INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES

- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques.

E. LES MALADIES INFECTIEUSES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

- Diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques.

F. LES CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Compte tenu de l'absence de réclamation pour cancer professionnel au cours des 25 dernières années dans la région, cet objectif n'a pas été retenu prioritaire pour la période 2004-2007. La région compte peu d'entreprises du secteur de la transformation et très peu d'entreprises manufacturières. Or, ce sont ces milieux de travail qui sont les plus susceptibles de recourir à des substances cancérigènes.

G. LA SURDITÉ PROFESSIONNELLE

- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail.

H. LES PROBLÈMES POUVANT ENTRAÎNER UNE ISSUE DÉFAVORABLE DE LA GROSSESSE ATTRIBUABLES AU MILIEU DE TRAVAIL

Diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant.

I. LES MALADIES CHRONIQUES, LES HABITUDES DE VIE, LE SUICIDE ET LES PROBLÈMES DE CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL

Améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques.

L'équipe de santé au travail de la DSP a supporté, à l'échelle de la région, les interventions effectuées par les ressources en santé au travail des CLSC auprès de 430 établissements regroupant près de 8 000 travailleurs. Ces interventions consistaient à :

- Élaborer, mettre à jour et appliquer les Programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) prévus dans le cadre de la ***Loi sur la santé et la sécurité du travail***;
- Mettre en application les Programmes d'intervention intégrés (PII) élaborés conjointement, à l'échelon provincial, par la CSST et le réseau de la santé;
- Appliquer les programmes à caractère régional;
- Répondre à des demandes d'intervention ponctuelle formulées par les entreprises de la région ;
- S'acquitter des mandats spéciaux confiés au réseau de la santé par la CSST.

A. PROGRAMMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUE

À l'intérieur des programmes de santé spécifiques, des activités de surveillance médicale et environnementale, des activités d'information ainsi qu'un support aux entreprises au chapitre des premiers secours et premiers soins ont été réalisés. Plusieurs thématiques et secteurs d'activité économique sont visés par ces programmes. Parmi ceux-ci mentionnons, pour la période 2005-2006, le secteur de la forêt et des scieries pour lequel des interventions ont eu lieu dans 22 établissements regroupant 974 travailleurs. Ces interventions visaient les problématiques suivantes : réactions sévères aux piqûres d'insectes, coups de chaleur, lésions musculosquelettiques et surdité professionnelle.

Mentionnons aussi la problématique des troubles musculosquelettiques (TMS), pour laquelle des interventions ont été effectuées auprès d'une cinquantaine de travailleurs dans 13 établissements. Une gamme étendue de secteurs d'activité furent touchés : voirie, secteur de la forêt et usine de sciage, usine de transformation de produits marins, établissements d'enseignement, établissements de santé, commerces, serre.

B PROGRAMMES D'INTERVENTIONS INTÉGRÉS

L'équipe régionale de la DSP a par ailleurs coordonné l'application de plusieurs programmes cadres provinciaux (PII). Au cours de la dernière année, ceux-ci ont porté sur les thématiques suivantes :

➢ Risques biologiques

Pour cette clientèle (32 municipalités), il y a eu un suivi des activités déjà amorcées l'année précédente afin de compléter ce qui restait à faire. En date du 31 mars 2006, 30 municipalités sur 32 (97,0 %) avaient emboîté le pas. Celles-ci regroupaient un total de 647 pompiers sur les 689 visés, soit tout près de 94 % de la population cible. Ces pompiers ont reçu la formation sur les risques biologiques (plus spécifiquement en lien avec l'hépatite B). Ils ont reçu les trois doses initiales de vaccins et la plupart ont eu une sérologie de contrôle. Un rappel du vaccin contre le tétanos leur a été offert par la même occasion.

➢ Isocyanates

Ce programme vise spécifiquement les ateliers de carrosserie automobile. Tous les établissements (28) ciblés au programme ont été visités. Un support technique est offert aux milieux de travail concernant les systèmes de protection respiratoire à adduction d'air. Un suivi des activités visant à améliorer la ventilation dans la chambre de mélange et la cabine de pulvérisation a été fait. En termes de résultats, 25 établissements sur 28 ont fait l'acquisition d'un système de protection respiratoire à adduction d'air conforme avec débit supérieur à 115 l/min.

➢ Béryllium

La clientèle de ce programme est constituée de 24 entreprises de la région oeuvrant dans le domaine du soudage et de l'usinage de pièces métalliques. L'objectif visé est de déterminer si du béryllium se retrouve dans ces milieux de travail. Pour ce faire des prélèvements d'échantillons de poussière ont été faits dans la quasi-totalité des entreprises concernées en date du 31 mars 2006. La mise en application du programme se poursuivra au cours de l'année 2006.

C. PROGRAMMES RÉGIONAUX

Des programmes à caractères régionaux ont également été réalisés. Parmi ceux-ci, soulignons notamment :

➢ Asthme aux crustacés

Le constat d'une recrudescence possible du nombre de cas d'asthme professionnel aux crustacés (3 à 4 cas par année) nous a amené à dresser une grille de critères environnementaux touchant la cuisson, la ventilation et le refroidissement du produit. La surveillance du respect de ces critères s'est poursuivie en 2005-2006.

➢ **Espaces clos**

Un programme régional portant sur la problématique des espaces clos dans le secteur municipal a été élaboré. Sa mise en application a débuté par un rappel, adressé aux dirigeants municipaux, de la réglementation existante pour les travaux en espaces clos. Un inventaire des espaces clos a été proposé et l'organisation d'une formation destinée à tous les travailleurs concernés de l'ensemble des municipalités de la région a été mise en chantier en collaboration avec l'association sectorielle paritaire affaires municipales (APSAM).

D. DEMANDES DU MILIEU

L'ouverture aux demandes du milieu s'est poursuivie. Un total de 196 demandes provenant d'une variété étendue de milieux de travail ont donné lieu à des interventions.

E. MANDATS SPÉCIAUX

➢ **Programme pour une maternité sans danger**

L'application de ce programme s'appuie sur certains principes : assurer aux travailleuses enceintes la protection prévue par la loi et, parallèlement, supporter les employeurs dans leurs efforts visant à permettre l'affectation des travailleuses concernées à des tâches compatibles avec leur état de grossesse.

Autre domaine :

Surveillance de l'état de santé de la population

Objectif poursuivi

Effectuer une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés.

➢ **Le cancer aux Îles-de-la-Madeleine**

La Direction de santé publique a analysé, à la demande du CSSS des Îles, la situation du cancer aux Îles-de-la-Madeleine. Celui-ci s'est effectivement montré préoccupé par l'excédent de cas de cancer observé aux Îles et par le nombre important de traitements en chimiothérapie qui en découlent. Devant cette situation, la Direction de santé publique a entrepris d'examiner et d'analyser plus en détail les données dont elle dispose sur les décès par cancer et l'incidence de cette maladie et d'essayer de mieux comprendre ce qui peut être à l'origine du surplus de cancers observé aux Îles. De cette étude il est notamment ressorti que les nombres de nouveaux cas et de décès par cancer sont plus élevés aux Îles que les nombres de cas attendus si la situation était comparable à celle de l'ensemble du Québec. Par contre, puisque beaucoup d'autres types de maladies sont moins présentes sur l'archipel, l'espérance de vie des Madelinots est semblable à celle de tous les Québécois, tandis qu'une Madelinienne vit en moyenne deux ans de plus que les autres Québécoises.

L'analyse contient deux recommandations. La première souligne l'importance des activités de prévention afin de prévenir ce type de maladie et la seconde suggère des pistes d'action au CSSS des Îles afin d'améliorer la surveillance du cancer sur son territoire.

➢ Le cancer dans la Baie-des-Chaleurs

Certaines observations empiriques ont aussi été formulées à l'effet qu'il y aurait une hausse du cancer du poumon au sein de la population du CSSS de la Baie-des-Chaleur. La Direction de santé publique a donc, là aussi, entrepris d'examiner les données dont elle dispose afin de documenter la situation. Le produit de cette analyse méticuleuse devrait être livré au cours de la prochaine année.

SECTION 4

LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

RAPPORT DE LA DIRECTION

Gaspé, le 21 septembre 2006

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers condensés.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers condensés fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers condensés et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers condensés de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Pierre Michaud

Le chef comptable,

Yves Whittom

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Rapport du vérificateur sur les États financiers condensés

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 2 juin 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 21 septembre 2006

Fonds d'exploitation
État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Produits				
Subvention du MSSS	5 028 716	5 122 726	100 084	70 237
Revenus d'intérêts	16 859	6 790	28 561	24 273
Revenus d'autres sources	127 732	87 223	116 598	123 349
Total	5 173 307	5 216 739	245 243	217 859
Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisations				
Charges d'exploitation:				
Salaires - personnel cadre	832 982	747 834		
Salaires - personnel autre	2 248 894	2 117 076	48 290	35 498
Avantages sociaux généraux - personnel cadre	117 891	116 118		
Avantages sociaux généraux - personnel autre	400 514	418 095	11435	11 686
Avantages sociaux particuliers - personnel cadre		1 058		
Avantages sociaux particuliers - personnel autre	46 856	43 621	2 920	2 525
Charges sociales - personnel cadre	83 635	76 011		
Charges sociales - personnel autre	267 681	250 498	5 574	4 009
Frais de déplacement et d'inscription	292 037	271 201	4 089	3 486
Services achetés	205 272	151 751	10 188	
Communications	125 176	138 818	10 506	10 820
Loyer	215 436	208 330		
Location d'équipement	10 151	10 832		
Fournitures de bureau	71 867	71 317	753	4 505
Autres frais	229 255	237 358	124 141	115 460
Charges non réparties	6 627	30 317		
Transfert de frais généraux	(36 304)	(38 927)	4 768	5 597
Total des charges d'exploitation	5 117 970	4 851 308	222 664	193 586
Dépenses d'immobilisations	93 152	99 663	1 843	
Total	5 211 122	4 950 971	224 507	193 586
Excédent (déficit)	(37 815)	265 768	20 736	24 273

Fonds des activités régionalisées
État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
Produits		
Crédits régionaux destinés aux établissements	1 549 841	1 661 554
Contributions des établissements	92 381	80 001
Revenus d'intérêts	8 295	5 885
Contributions de fonds affectés	295 750	31 150
Revenus d'autres sources	60 203	57 544
Total	2 006 470	1 836 134
Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisations		
Charges d'exploitation:		
Salaires - personnel cadre	67 250	30 623
Salaires - personnel autre	249 235	179 478
Avantages sociaux généraux - personnel cadre	4 904	5 115
Avantages sociaux généraux - personnel autre	39 140	31 243
Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	1 988	673
Avantages sociaux particuliers - personnel autre	14 634	1 557
Charges sociales - personnel cadre	6 933	3 683
Charges sociales - personnel autre	32 326	23 647
Frais de déplacement et d'inscription	15 472	14 641
Services achetés	237 676	255 363
Communications	7 999	1 307
Location d'équipement		55
Fournitures de bureau	887	2 031
Autres frais	813 607	1 065 390
Transfert de frais généraux	31 536	27 862
Autres frais	390 763	
Total des charges d'exploitation	1 914 350	1 642 668
Dépenses d'immobilisations	226 260	10 399
Total	2 140 610	1 653 067
Excédent (déficit)	(134 140)	183 067

Fonds d'exploitation
État du solde de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Activités principales		Avoir propre	
	Exercice Courant $	Exercice Précédent $	Exercice Courant $	Exercice Précédent $
Solde créditeur au début	275 302	70 382	823 674	727 085
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations		265 768	20 736	24 273
Régularisations - analyses financières	1 394	1 934		
Libération de surplus			276 624	72 316
Régularisations - autres				
- Correctifs salariaux et stabilité d'emploi	197	1 534		
- Formation (PSJP)	9 184	8 000		
Total	10 775	277 236	297 360	96 589
Déductions				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits			37 815	
Régularisations - analyses financières	72			
Libération de surplus	276 624	72 316		
Total	276 696	72 316	37 815	
Variation de l'exercice	(265 921)	204 920	259 545	96 589
Solde créditeur à la fin de l'exercice	9 381	275 302	1 083 219	823 674

États des soldes de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	Exercice Courant $	Exercice Précédent $	Exercice Courant $	Exercice Précédent $
Solde créditeur au début	283 288	1 128 125	2 721 869	1 620 977
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations		183 067		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :				
- Fonds d'exploitation – act. principales			93 152	99 663
- Fonds d'exploitation – act. accessoires			1 843	
- Fonds affectés			29 264	75 630
- Fonds des activités régionalisées			226 260	10 399
Autres (Transfert d'immobilisations)				1 027 903
Autres (Ajustement de l'inventaire)			5 949	
Total		183 067	356 468	1 213 595
Déductions				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	134 140			
Régularisations – analyses financières				
Régularisations – autres				
Autres (Transfert d'immobilisations)		1 027 904	51 920	112 703
Autres (Équipements désuets)			38 705	
Total	134 140	1 027 904	90 625	112 703
Variation de l'exercice	(134 140)	(844 837)	265 843	1 100 892
Solde créditeur à la fin de l'exercice	149 148	283 288	2 987 712	2 721 869

Bilan
Au 31 mars 2006

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice Courant $	Exercice Précédent $	Exercice Courant $	Exercice Précédent $
Actif				
Actif à court terme				
Encaisse	1 152 973	1 035 867	66 517	293 681
Débiteurs :				
- MSSS	82 917	308 031	182 959	
- Établissements	29 734	21 780	7 210	6 360
- Fonds affectés			402 550	
- Autres	37 081	119 841	4 515	
Intérêts courus	4 326	2 708	303	640
Taxes à recevoir	50 739	46 470	49 936	47 702
Charges payées d'avance	35 339	9 014	17 869	17 659
Autres éléments	71 217	45 626		3 388
Total de l'actif à court terme	1 464 326	1 589 337	731 859	369 430
Passif				
Passif à court terme				
Découvert de banque			152 180	6 990
Créditeurs et charges à payer :				
- Établissements	500	19 719	8 164	1 581
- Autres	70 701	64 123	23 405	77 571
Revenus reportés	63 879	94 763	398 962	
Autres éléments	236 646	311 756		
Total du passif à court terme	371 726	490 361	582 711	86 142
Solde de fonds	1 092 600	1 098 976	149 148	283 288
Total du passif et du solde de fonds	1 464 326	1 589 337	731 859	369 430

Bilan du fonds d'immobilisations
Au 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
Actif		
Immobilisations	3 024 698	2 766 969
Total de l'actif	3 024 698	2 766 969
Passif		
Passif à court terme		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	8 796	8 114
Passif à long terme	28 190	36 986
Total du passif	36 986	45 100
Solde de fonds	2 987 712	2 721 869
Total du passif et du solde de fonds	3 024 698	2 766 969

Bilan combiné des fonds affectés
Au 31 mars 2006

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
Actif		
Actif à court terme		
Encaisse	2 005 039	2 026 029
Débiteurs :- MSSS	19 615 686	7 531 906
- MSSS - subvention pour intérêts sur Emprunts	42 430	58 813
- Établissements	3 829 368	2 604 515
- Taxes à recevoir	35 297	15 762
- Autres	85 452	68 258
Intérêts courus	8 383	5 387
Autres éléments	5 835	43 640
Total - Actif à court terme	25 627 490	12 354 310
À long terme - Enveloppes décentralisées	30 313 888	30 806 087
Total de l'actif	55 941 378	43 160 397
Passif		
Passif à court terme		
Découvert de banque	18 123	18 206
Emprunts de banque	3 829 368	2 601 750
Intérêts sur emprunts à payer	42 430	68 621
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements	7 199 988	5 161 110
- Organismes	1000	2 000
- Fonds des activités régionalisées	402 550	
- Autres	346 235	395 401
Subventions reportées	74 925	299 644
Autres éléments	66	
Total - passif à court terme	11 914 685	8 546 732
Dette à long terme – Enveloppes décentralisées	30 313 888	30 806 087
Total du passif	42 228 573	39 352 819
Solde de fonds	13 712 805	3 807 578
Total du passif et du solde de fonds	55 941 378	43 160 397

État du solde de fonds combinés des fonds affectés
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
Solde du début	3 807 578	3 302 157
Augmentation		
MSSS	31 114 217	17 711 461
Subvention pour intérêts sur emprunts	72 504	93 118
Revenus d'intérêts	65 355	60 894
Autres	4 336 344	6 601 582
Total	35 588 420	24 467 055
Diminution		
Attributions :		
- Établissements	9 106 497	8 027 238
- Organismes	29 962	70 530
Intérêts sur emprunts	72 504	93 120
Contributions au fonds des activités régionalisées	684 313	31 150
Charges d'exploitation :		
- Salaires	59 603	111 554
- Avantages sociaux	10 253	21 233
- Charges sociales	9 828	14 106
- Frais de déplacement et d'inscription	15 202	27 868
- Services achetés	87 188	60 441
- Location d'équipement	484	
- Fournitures de bureau	52 789	30 404
- Autres charges d'exploitation	185 919	414 945
Dépenses d'immobilisations	29 264	75 630
Autres	15 339 387	14 983 415
Total	25 683 193	23 961 634
Solde à la fin de l'exercice	13 712 805	3 807 578

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
Enveloppe régionale		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	219 020 823	208 907 390
Montant engagé par le ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	10 858 368	9 313 654
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	229 879 191	218 221 044
Affectation de l'enveloppe régionale		
Allocation aux établissements	206 868 994	197 910 225
Allocation aux organismes communautaires	9 301 928	8 661 400
Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	1 776 262	907 824
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	217 947 184	207 479 449
Fonds affectés – Montant attribué	10 752 129	8 709 874
Fonds affectés – Montant reporté		299 644
Autres	1 073 639	1 427 941
Total des affectations	229 772 952	217 916 908
Fonds affectés – Solde non attribué	106 239	304 136
Total	229 879 191	218 221 044
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	0	0

Principaux fonds affectés gérés par l'Agence
États de la provenance et de l'utilisation des fonds
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Fonds des Immobilisations		Fonds des équipements		Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements	
	Année Courante $	Année Précédente $	Année Courante $	Année Précédente $	Année Courante $	Année Précédente $
Solde à attribuer au début de l'exercice	967 185	238 708	1 253 928	1 407 796	0	7 890
Provenance						
MSSS	8 158 723	3 829 405	10 531 770	3 371 190	10 791 393	8 611 286
Subvention pour intérêts sur emprunts	38 222	36 565	34 282	56 553		
SAAQ						1 295 768
Revenus autonomes					2 377 775	2 311 532
Revenus d'intérêts		34	2 250	98	4 364	1 612
Autres	1 784 601	2 264 189	82 588	15 511	1 500	446 839
Total	9 981 546	6 130 193	10 650 890	3 443 352	13 175 032	12 667 037
Attributions						
Attributions – établissements	3 564 704	3 341 913	4 666 152	3 540 667	353 155	353 155
Intérêts sur emprunts	38 222	36 567	34 282	56 553		
Contributions au fonds des activités régionalisées			684 313			
Contrats minimaux de services d'ambulance					11 084 880	10 797 157
Particularités régionales					316 468	260 978
Éléments rectifiables					228 865	190 659
Centre de communication santé					41 748	134 799
Formation					190 243	228 869
Assurance qualité					49 395	
Allocation de retraite					84 000	
Participation au régime de retraite					37 000	37 000
Transfert au fonds de VPI					(11 865)	
Ajustements des années antérieures					40 248	92 472
Premiers répondants					181 972	159 004
Déplacement des usagers					282 372	276 917
Charges d'exploitation :						
- Salaires					31 982	39 911
- Avantages sociaux					5 016	8 652
- Charges sociales					4 316	5 572
Sous-total des attributions	3 602 926	3 378 480	5 384 747	3 597 220	12 919 795	12 585 145

Principaux fonds affectés gérés par l'Agence
États de la provenance et de l'utilisation des fonds
Exercice terminé le 31 mars 2006

	Fonds des Immobilisations		Fonds des équipements		Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements	
	Année Courante $	Année Précédente $	Année Courante $	Année Précédente $	Année Courante $	Année Précédente $
Sous-total des attributions reportées	3 602 926	3 378 480	5 384 747	3 597 220	12 919 795	12 585 145
- Frais de déplacements et d'inscription						73
- Services achetés						4 044
- Location d'équipement					11	
- Fournitures de bureau					4 349	1 670
- Autres charges d'exploitation					5 278	10 180
Dépenses d'immobilisations					28 464	73 815
Autres	1 785 173	2 023 236				
Total	5 388 099	5 401 716	5 384 747	3 597 220	12 957 897	12 674 927
Solde de fonds à la fin	5 560 632	967 185	6 520 071	1 253 928	217 135	0

NOTE 1 – CONSTITUTION, OBJETS ET CHANGEMENT DE NOM

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

ii) aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquent ne sont pas toujours reportées;

vii) pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

viii) les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) l'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) la dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquelles ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérés par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de remplacement. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
ii) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
ii) subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
iii) subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminées.

NOTE 3 – FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	94 995 $	99 663 $
Fonds des activités régionalisées		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	226 260	10 399
Fonds affectés		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	29 264	75 630
Total des acquisitions au Fonds d'immobilisations	350 519 $	185 692 $

NOTE 4 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 23 387 524 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux variant entre le taux préférentiel moins 1 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 % (au 31 mars 2006, les taux variaient entre 4,05 % et 4,50 %), garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 19 558 156 $ du crédit n'a pas été utilisé au 31 mars 2006. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2008.

NOTE 5 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2006	2005
• Marge de crédit d'un montant autorisé de 29 000 000 $, portant intérêt au taux d'acceptation bancaire + 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	1 191 774 $	439 581 $
• Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	8 890 398	12 235 103
• Emprunts remboursables par versements semestriels de capital, échéant le 1er juin 2006. L'intérêt de 5,79 % est payable semestriellement.	3 507 120	3 682 476
• Emprunts remboursables par versements semestriels de capital, échéant le 1er octobre 2007. L'intérêt de 5,82 % est payable semestriellement.	135 886	203 828
• Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er décembre 2008. L'intérêt de 5,04 % est payable semestriellement.	7 695 884	8 234 919
• Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er octobre 2010. L'intérêt de 4,84 % est payable semestriellement.	639 536	767 444
• Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 4 juillet 2007. L'intérêt de 3,85 % est payable semestriellement.	1 202 206	1 289 253
• Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er décembre 2009. L'intérêt de 4,60 % est payable semestriellement.	3 664 210	3 953 483
• Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2011. L'intérêt de 4,07 % est payable semestriellement.	3 386 874	
	30 313 888	30 806 087
Tranche échéant à moins d'un an.	5 194 717	2 112 545
	25 119 171 $	28 693 542 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2007	5 194 717 $
2008	4 031 596
2009	7 567 127
2010	5 189 426
2011	1 948 153
	23 931 019 $

NOTE 6 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

	2006	2005
Contrat de location de mobilier de bureau, d'un montant total de 63 505 $, remboursable par mensualités de 2 887 $ incluant les intérêts calculés au taux de 8,15 %, échéant le 16 février 2010, avec option d'achat à la juste valeur marchande à l'échéance.	45 100 $	54 845 $
Frais accessoires et intérêts inclus dans les versements.	8 114	9 745
	36 986	45 100
Obligations échéant au cours du prochain exercice.	8 796	8 114
	28 190 $	36 986 $

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2007	8 796 $
2008	9 535
2009	10 336
2010	8 319
	36 986 $

NOTE 7 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

NOTE 8 – PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
Vacances	370 410 $	321 974 $
Congés de maladie	29 438	21 026
Heures supplémentaires	85 379	53 535
	485 227 $	396 535 $

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 29 avril 2011 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 228 782 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	217 987 $
2008	58 729
2009	13 976
2010	8 469
2011	8 469
	307 630 $

L'Agence s'est engagée en vertu d'un contrat d'entretien sur des équipements de suivi clinique à domicile dans le cadre d'un projet pilote. Le contrat avec la firme Technologies New IT inc. prendra fin le 2 novembre 2006 et les paiements minimums s'élèvent à 391 260 $ pour la prochaine année financière.

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Le montant total de cet engagement ne peut être déterminé au prix d'un effort raisonnable compte tenu que certains médecins recevront des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée. Cependant, les versements prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2007	557 500 $
2008	480 000
2009	422 500
2010	362 500
2011	337 500
	2 160 000 $

NOTE 11 – CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation identique à celle de l'exercice 2006.

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

RÉPARTITION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE

2005-2006

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc. 11-01531	Îles-de-la-Madeleine	Prévention; groupes d'entraide; animation de jour	46 655	47 355	48 397
	Unité Domrémy de Chandler inc. 11-01533	Rocher-Percé	Prévention; animation de jour	12 722	12 913	13 197
	Mi-Chemin de Gaspé inc. 11-01239	Côte-de-Gaspé	Prévention; groupes d'entraide	31 804	32 281	32 991
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc. 11-01178	Bonaventure/ Avignon	Hébergement temporaire multiclientèle (santé mentale, toxicomanie, itinérance, désorganisation familiale)	122 600	131 775	134 674
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine		127 054	133 850	136 795
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé		132 251	139 125	142 186
	Centre Émilie Gamelin 11-06020	Rocher-Percé		68 079	73 990	75 618
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	Haute-Gaspésie		21 686	26 902	78 594
	TOTAL			**562 851**	**598 191**	**662 452**

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Santé publique (HB)	Nourisson-lait Haute-Gaspésie 11-06034	Haute-Gaspésie	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 264	1 283	3 063
	Groupe d'entraide-allaitement sein-phathique 11 06056	Îles-de-Madeleine	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 264	1 283	3 063
	Lactescense Pabos 11-06071	Rocher-Percé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 264	1 283	3 063
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel «Supportons-lait», secteur CLSC Malauze	Avignon	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 264	1 283	3 063
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel «Supportons-lait», secteur Centre de santé Le Rivage	Bonaventure	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 264	1 283	3 063
Santé publique (HL)	Partagence 11-02927	Haute-Gaspésie	Aide et entraide aux familles très démunies; dépannage alimentaire et vestimentaire	16 601	16 850	17 221
	Carrefour-Ressources 11-06007	Haute-Gaspésie	Sécurité alimentaire; animation; YAPP; répit-gardiennage (familles démunies)	95 106	96 533	98 657
	Source alimentaire Bonavignon inc. 11-06008	Bonaventure/ Avignon	Sécurité alimentaire; dépannage; jardins et cuisines collectives	60 872	61 785	63 144
	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon	Sécurité alimentaire; dépannage; jardins et cuisines collectives	8 482	8 609	8 798
	Collectif Aliment-Terre 11-06075	Bonaventure	Sécurité alimentaire; dépannage; jardins et cuisines collectives		15 530	15 872
	La CADOC 11-06045	Îles-de-la-Madeleine	Sécurité alimentaire; ateliers et cuisines collectives	25 903	26 292	26 870
		TOTAL		**213 284**	**232 014**	**245 877**
Déficience physique (BC)/ Déficience intellectuelle (BD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées inc. 11-00713	Régional (Avignon)	Camp d'été; services de répit pour les proches	44 383	95 293	97 389
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc. 11-01054	Côte-de-Gaspé	Information; sensibilisation; défense des droits; animation	23 433	23 784	24 307

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Déficience physique (BC)/ Déficience intellectuelle (BD) **(suite)**	Association de défense des droits des personnes hand. de Gaspé inc. 11-01404	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information; sensibilisation; défense des droits	37 325	37 885	38 718
	Association des handicapés Val-Rosiers inc. 11-01408	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information; sensibilisation; défense des droits	26 482	26 879	27 470
	Centre pour handicapés La Joie de Vivre de Chandler inc. 11-02154	Rocher-Percé	Centre de jour; information; sensibilisation; défense des droits	67 045	68 051	69 548
	L'AHMI Association pour personnes handicapées de Murdochville inc. 11-03018	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide; sensibilisation; information et déf. droits	20 821	21 133	21 598
	Association La Croisée 11-06064	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide; sensibilisation; information et déf. Droits	11 500	24 673	25 216
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs 11-06050	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide; sensibilisation; information et déf. droits	40 695	56 427	57 668
	Association des handicapés des Îles 11-06051	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide; sensibilisation; information et déf. droits	5 000	27 087	27 683
	TOTAL			**276 684**	**381 212**	**389 597**

Déficience Physique (BC)	Association des personnes handicapées visuelles-GIM 11-06033	Régional (Bonaventure)	Aide et entraide; information; sensibilisation; défense des droits	28 003	28 423	35 180
	Association des TCC et ACV de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine 11-03144	Régional (Avignon)	Aide et entraide; information; sensibilisation; défense des droits	16 207	31 450	38 274
	TOTAL			**44 210**	**59 873**	**73 454**

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Déficience intellectuelle	Société d'autisme régionale du Bas-St-Laurent/Gaspésie/Les Îles 11 - 06070	Supra régional	Information; sensibilisation; soutien individuel; animation; défense des droits	0	10 122	10 345
	TOTAL			**0**	**10 122**	**10 345**
Services généraux (IH)	Centre de bénévolat Saint-Alphonse - Nouvelle inc. 11-00076	Avignon/ Bonaventure	Promotion de l'action communautaire; aide et entraide aux individus et aux groupes	26 867	27 270	27 870
	CAB Les Hauts-Bois inc. 11-00379	Côte-de-Gaspé		41 203	41 521	42 434
	CAB des Chic-Chocs inc. 11-00440	Haute-Gaspésie		22 898	34 180	34 932
	CAB Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		41 155	41 772	42 691
	CAB St-Siméon-Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		24 930	30 304	30 971
	CAB La Grande Corvée 11-01084	La Côte-de-Gaspé		21 203	31 521	32 214
	CAB Le Hauban inc. 11-01348	La Côte-de-Gaspé		15 386	20 617	21 071
	CAB Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		31 804	44 281	45 255
	CAB des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		18 227	26 500	27 083
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM 11-06030	Régional (Bonaventure)	Concertation; représentation des intérêts et des droits des organismes communautaires autonomes; formation	69 492	87 534	89 460
Services généraux (IS)	Maison d'hébergement L'Orée de Pabos inc. 11-00155	Rocher-Percé	Hébergement temporaire pour les femmes victimes de violence et leurs enfants; suivi posthébergement et suivi externe	283 064	344 065	374 800
	Centre Louise-Amélie inc. 11-01097	Haute-Gaspésie		349 461	426 507	446 614
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc. 11-01579	Côte-de-Gaspé		337 713	409 989	436 251

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
	Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie 11-01935	Îles-de-la-Madeleine		49 813	331 760	353 880
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc. 11-02110	Bonaventure/ Avignon		342 157	412 309	436 302
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles 11- 06073	Îles-de-la-Madeleine	Information; sensibilisation; prévention; soutien individuel	52 591	73 380	74 994
	CALACS La Bôme-Gaspésie 11-06029	Gaspésie (Côte-de-Gaspé)		211 366	214 536	219 256
Services généraux (IX)	Interface Baie-des-Chaleurs 11-06048	Régional (Avignon)	Intervention de groupe; information; sensibilisation; prévention	26 203	61 596	31 091
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc. 11-00169	Côte-de-Gaspé	Information; sensibilisation; soutien individuel et de groupe; animation; défense des droits	84 491	101 301	114 945
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc. 11-00700	Îles-de-la-Madeleine		84 376	101 299	114 943
	Centr'Elles - comité d'action des femmes d'Avignon inc. 11-01222	Avignon		86 926	106 337	119 711
	Femmes en mouvement inc. 11-01752	Bonaventure		93 162	111 431	124 442
	Femmes Entr'Elles 11-06035	Rocher-Percé		79 475	101 225	114 872
		TOTAL		**2 593 963**	**3 181 235**	**3 356 082**
Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM 11-06058	Régional (Avignon)	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	72 361	73 446	75 062
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc. 11-00076	Avignon/ Bonaventure	Aide bénévole pour des activités de maintien à domicile : popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	110 627	112 286	114 756
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc. 11-00379	La Côte-de-Gaspé		9 037	9 173	9 375

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc. 11-00440	La Haute-Gaspésie		93 524	94 927	97 015
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		108 751	110 382	112 810
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon-Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		94 975	96 400	98 521
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée 11-01084	La Côte-de-Gaspé		27 964	28 383	29 007
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc. 11-01348	La Côte-de-Gaspé		105 077	106 653	108 999
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		43 560	44 213	45 186
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine 11-02296	Îles-de-la-Madeleine		76 570	77 719	79 429
	TOTAL			**742 446**	**753 582**	**770 160**
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud 11-02181	Bonaventure/ Avignon	Information; sensibilisation; aide et entraide	41 061	46 677	47 704
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer 11-02156	Bonaventure/ Avignon	Aide et entraide; information; sensibilisation	19 573	43 139	50 964
	TOTAL			**60 634**	**89 816**	**98 668**

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé 11-00023	Côte-de-Gaspé	Information; sensibilisation; activités préventives; aide individuelle et de groupe; animation	63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine 11-00025	Îles-de-la-Madeleine		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc. 11-00288	Bonaventure		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts 11-00289	Haute-Gaspésie		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Chandler 11-00291	Rocher-Percé		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes Le Tréflerie 11- 00602	Avignon		61 277	64 563	65 983
	Maison des jeunes de New-Richmond 11-00825	Bonaventure		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Grande-Rivière 11-00953	Rocher-Percé		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard 11-01164	Côte-de-Gaspé		63 609	64 563	65 983
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise 11-01511	Avignon		58 309	59 184	60 486
	Maison des jeunes de Bonaventure 11-02937	Bonaventure		31 804	32 281	32 991
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert 11-02905	Îles-de-la-Madeleine		31 804	32 281	32 991
	Maison des jeunes de l'Est des Îles 11-02946	Îles-de-la-Madeleine		31 804	32 281	0
	Maison des jeunes de Caplan 11-06004	Bonaventure		41 804	42 431	43 364
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix 11-06022	Avignon		31 804	32 281	32 991
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran 11-06002	La Côte-de-Gaspé		31 804	32 281	32 991

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2003-2004	Subvention 2004-2005	Subvention 2005-2006
Jeunes en difficulté (D2)	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc. 11-06003	La Haute-Gaspésie		31 804	32 281	32 991
	Maison des jeunes de Gascons inc. 11-06040	Rocher-Percé		21 203	21 521	21 994
	Maison des jeunes de Murdochville inc. 11-06026	La Côte-de-Gaspé		31 804	32 281	32 991
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar 11-02605	Bonaventure		12 000	12 180	20 268
	Maison des jeunes de Carleton 11-06042	Avignon		10 000	12 150	20 267
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac 11-06036	Bonaventure		0	12 000	20 264
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Garde 11-06038			0	20 000	20 440
	Espace Gaspésie 11-06053	Régional (Côte-de-Gaspé)	Information; sensibilisation; prévention; animation de groupe	106 592	108 191	110 571
	Grands frères et Grandes-sœurs de Gaspé inc.	La Côte-de-Gaspé	Parrainage	16 482	16 729	17 097
	TOTAL			**1 059 167**	**1 111 420**	**1 126 544**

ANNEXE 1

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006 - Mission globale 02-03-01-01

Programme	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005$	Subvention 2005-2006 $
Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale en Gaspésie 11-06015	Bonaventure	Activités de réadaptation et réinsertion; information; sensibilisation; prévention	97 883	99 351	101 537
	Nouveau Regard, Association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie 11-06018	Régional (Bonaventure)	Information; sensibilisation; prévention; soutien individuel et de groupe (soutien aux proches)	109 428	122 736	131 398
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI) 11-06017	La Côte-de-Gaspé	Activités de réadaptation et réinsertion; information; sensibilisation; prévention	91 839	93 217	95 268
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts 11-06016	La Haute-Gaspésie		104 272	130 836	133 714
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles 11-06019	Îles-de-la-Madeleine	Activités de réadaptation et réinsertion; information; sensibilisation; prévention; soutien aux proches	108 710	124 234	127 818
	Centre Émilie-Gamelin 11-06020	Rocher-Percé	Hébergement temporaire; activités de réadaptation et réinsertion; information; sensibilisation; prévention	198 735	201 716	221 154
	Centre Accalmie inc. 11-01178	Avignon/ Bonaventure		126 744	128 645	151 975
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale 11-06043	Régional (Haute-Gaspésie)	Concertation régionale	7 670	7 785	7 956
	La Maison à Damas 11-01814	Îles-de-la-Madeleine	Hébergement temporaire	25 915	26 304	26 883
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé 11-02598	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire	48 960	49 694	65 287
	TOTAL			**920 156**	**984 518**	**1 062 990**

TOTAL MISSION GLOBALE	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005 $	Subvention 2005-2006 $
	6 473 395	7 401 983	7 796 169

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Répartition budgétaire - 2005-2006- Ententes spécifiques 02-03-01-02

Secteurs	Nom de l'organisme	MRC	ACTIVITÉS	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005 $	Subvention 2005-2006 $
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé 11-06025	Bonaventure	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	0	0	1 752
	Halte-parents de la Vallée 11-02741	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, service des relevailles	0	0	1 752
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées 11-02004	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire; animation; information; sensibilisation	0	0	10 373
	TOTAL			**0**	**0**	**13 877**
Services généraux (IN)	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine 11-06032	Régional (Côte-de-Gaspé)	Information, soutien individuel	185 529	188 312	192 455
	TOTAL			**185 529**	**188 312**	**192 455**
Jeunes en difficulté (DZ)	Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc. 11-00956	Avignon-Bonaventure/Rocher-Percé	Soutien individuel et de groupe (LPJ et Loi des jeunes contrevenants); prévention	68 910	82 401	84 213
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord 11-01401	Côte-de-Gaspé/Haute-Gaspésie		68 910	82 401	84 213
	TOTAL			**137 820**	**164 802**	**168 426**

Santé mentale (FG)	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles 11-06021	Bonaventure		12 385	47 752	66 625
		TOTAL		**12 385**	**47 752**	**66 625**
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse - Nouvelle inc. 11-00076	Avignon/Bonaventure	Aide bénévole pour des activités de maintien à domicile : popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	0	10 418	10 647
	Centre d'action bénévole des Chics-Chocs inc. 11-00440	La Haute-Gaspésie		0	9 969	10 188
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc. 11-00728	Rocher-Percé		0	12 173	12 441
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon - Port-Daniel 11-01060	Bonaventure		0	20 489	20 940
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée 11-01084	La Côte-de-Gaspé		0	2 494	2 549
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc. 11-01348	La Côte-de-Gaspé		0	12 252	12 522
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac 11-02224	Avignon		0	4 705	4 809
		TOTAL		**0**	**72 500**	**74 096**

TOTAL ENTENTES SPÉCIFIQUES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005 $	Subvention 2005-2006 $
	335 734	473 366	515 479
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	Subvention 2003-2004 $	Subvention 2004-2005 $	Subvention 2005-2006 $
	6 809 129	7 875 349	8 311 648

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie–
Îles-de-la-Madeleine
Québec